



SNAC STOCKHOLM 2022

En beskrivning av äldreomsorgstagarna och omsorgens omfattning i Stockholms stad 2022

Åsa von Berens
Sarah Wallcook
Bettina Meinow

Rapport 2024:6
ISSN 1401-5129

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum är ett kunskapscentrum stiftat av Stockholms stad och Region Stockholm. Vi arbetar för att förbättra äldre personers levnadsbetingelser genom att tillvarata och praktiskt omsätta erfarenheter och forskningsresultat inom områden av särskild betydelse för äldres situation i samhället. Vi genomför forskning och utveckling i egen regi eller i samarbete med eller på uppdrag av kommuner och andra organisationer.

*Läs mer om vår verksamhet på **aldrecentrum.se**. Där hittar du också våra rapporter i digital form.*

SNAC Stockholm 2022. En beskrivning av äldreomsorgstagarna och omsorgens omfattning i Stockholms stad 2022

Rapport 2024:6

Åsa von Berens, Sarah Wallcook och Bettina Meinow

ISSN 1401-5129

© Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

Citera oss och sprid gärna våra rapporter, men ange alltid källan.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	1
RESULTATEN I KORTHET	3
BAKGRUND	5
ÄLDREOMSORGEN I STOCKHOLM STAD	5
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	7
METOD	8
DATAMATERIAL	8
<i>Begränsningar i data</i>	10
ANALYSER	11
RESULTAT	13
OMSORGSTAGARNA I STOCKHOLM STAD	13
<i>Utvecklingen av antalet som började med hemtjänst respektive beviljades vård- och omsorgsboende</i>	13
<i>Omsorgstagarna år 2022</i>	13
<i>Sammanfattning: Omsorgstagarna i Stockholms stad</i>	23
BESLUT OM VÅRD- OCH OMSORGSBOENDE	24
<i>Bland vilka var vård och omsorgsboende vanligast?</i>	24
<i>Faktorer relaterade till beslut om vård- och omsorgs- boende</i>	26
<i>Sammanfattning: Vilka beviljas vård- och omsorgsboende</i>	32
HEMTJÄNSTENS OMFATTNING	33
<i>Faktorer relaterade till omfattning av hemtjänst</i>	33
<i>Sammanfattning: Hemtjänstens omfattning</i>	37
DISKUSSION	38
<i>Vad påverkar behoven och efterfrågan av insatser?</i>	39
<i>Förändring över tid</i>	42
<i>Viktiga faktorer att ta hänsyn till vid tolkning av resultat</i>	43
<i>Slutsatser</i>	44
REFERENSER	46
BILAGOR	48
BILAGA 1. INSAMLAD DATA	49
BILAGA 2. TABELLER	53

SAMMANFATTNING

Under de kommande åren förväntas behovet av äldreomsorg öka till följd av en markant ökning av antalet personer 80 år eller äldre (40 procent fram till 2040 i Stockholms stad). Samtidigt är såväl ekonomiska resurser som tillgång till kvalificerad personal begränsade. Denna utveckling utgör en komplex samhällsutmaning som gör det viktigt att ha kunskap om vilka som beviljas äldreomsorg på vilka grunder, och om det har skett förändringar över tid.

Våra resultat visar att år 2022 var 13 procent av befolkningen som är 65 år och äldre i Stockholms stad beviljade insatser från äldreomsorgen. Av dessa hade tre fjärdedelar insatser från hemtjänst, en fjärdedel hade beslut om vård- och omsorgsboende och tre procent bodde på servicehus. Under perioden 2015 till 2022 minskade antalet personer som började med insatser från hemtjänsten eller som fick beslut om vård- och omsorgsboende, både i absoluta tal och i relation till befolkningens storlek.

Störst betydelse för hemtjänstens omfattning och för sannolikheten att ha fått beslut om vård- och omsorgsboende, hade antalet PADL (personliga aktiviteter i det dagliga livet) som omsorgstagare behövde stöd med, samt graden av kognitiv nedsättning. Trots att svår kognitiv nedsättning och omfattande behov av stöd med PADL var starkast relaterat till beviljandet av vård- och omsorgsboende, hade majoriteten av omsorgstagarna med omfattande omsorgsbehov hemtjänst i ordinärt boende. Dessa mönster var lika över stadsdelarna, men insatsernas omfattning varierade till viss del.

Åren 2015–2022 minskade sannolikheten att beviljas plats på vård- och omsorgsboende med cirka tio procent. Denna minskning sågs även för de med de största omsorgsbehoven, det vill säga omsorgstagarna med svår/mycket svår kognitiv nedsättning respektive behov av hjälp med samtliga PADL. Minskningen förklaras inte av en förändring av omsorgstagarnas sammansättning vad gäller sociodemografiska faktorer.

Vid jämförelse av genomsnittligt antal hemtjänsttimmar som beviljats givet liknande nivåer av behov över åren 2015–2022, såg vi en ökning bland omsorgstagare med lägre grad av funktionsnedsättning och en minskning för omsorgstagare med högre grad av funktionsnedsättning. Denna minskning skedde fram till 2020, därefter ökade det genomsnittliga antalet hemtjänsttimmar något, men förblev signifikant lägre än 2015.

I Stockholms stad finns möjligheten att följa äldreomsorgen genom att inhämta data från det sociala dokumentationssystemet, som omfattar alla biståndsbeslut om äldreomsorg. Förutom typ och mängd av beviljad äldreomsorg ingår även ett antal behovsrelaterade indikatorer samt sociodemografiska variabler, systematiskt registrerade av biståndshandläggare.

Att bygga kunskap om hur beviljade omsorgsinsatser relaterar till omsorgstagarnas behov och hur detta utvecklas över tid ger viktiga underlag för att följa hur socialtjänstlagen omsätts i praktiken. Kunskapen är avgörande för att utveckla insatser som möter de föränderliga behoven hos den äldre befolkningen och för att föra en informerad diskussion om utformningen och omfattningen av den offentliga äldreomsorgen.

RESULTATEN I KORTHET

Omsorgstagarna i Stockholms stad

- 13 procent av befolkningen 65 år och äldre i Stockholms stad hade insatser från äldreomsorgen 2022.
- Tre fjärdedelar av omsorgstagarna hade hemtjänst, en fjärdedel hade beslut om vård- och omsorgsboende.
- Antalet personer i Stockholms stad som fick sitt första hemtjänstbeslut respektive beviljades vård- och omsorgsboende minskade något under perioden 2015 till 2022, både absolut och i relation till befolkningens storlek.
- Majoriteten omsorgstagare 2022 var ensamboende kvinnor (60%) och medianåldern var högst (85 år) bland de med beslut om servicehus (samtliga 83 år).
- Svåra funktionsnedsättningar var vanligast bland omsorgstagare med beslut om vård- och omsorgsboende. En tredjedel behövde hjälp med samtliga PADL och hälften hade en svår kognitiv nedsättning.
- Graden av funktionsnedsättning var i snitt högre bland samboende omsorgstagare, de som hade utomnordisk härkomst, och de som var 95 år eller äldre.
- Det fanns vissa skillnader mellan stadsdelarna gällande sociodemografisk sammansättning och grad av funktionsnedsättning bland omsorgstagarna.

Vilka beviljas vård- och omsorgsboende

- Svår kognitiv nedsättning och omfattande behov av hjälp med personlig omsorg var de viktigaste faktorerna för att ha fått ett beslut om vård- och omsorgsboende. Detta gällde samtliga stadsdelar, men andelen beslut om vård- och omsorgsboende skilde sig till viss del åt.
- Majoriteten av omsorgstagarna beviljades hemtjänst, även bland dem med högst grad av funktionsnedsättning.
- Hög ålder, högre inkomst, att vara född i ett nordiskt land, och att besväras av svår oro/otrygghet ökade sannolikheten att ha fått beslut om vård- och omsorgsboende något, men hade sammantaget liten betydelse.

- Kön, ensam-/samboende, frekvens på informell omsorg och nedstämdhet hade inget samband med sannolikheten att ha fått ett beslut om vård- och omsorgsboende under året.
- De flesta stadsdelar avvek inte i någon större utsträckning från genomsnittet, men i stadsdelen med högst andel beslut om vård- och omsorgsboende var dessa dubbelt så vanligt (15% i Farsta) som i stadsdelen med lägst andel beslut om vård- och omsorgsboende (7% i Järva), under antagandet att behoven och den socio-demografiska sammansättningen varit desamma i båda stadsdelarna.
- Sannolikheten att ha fått ett beslut om vård- och omsorgsboende (i stället för hemtjänst) minskade med cirka 10 procent mellan 2015 och 2022.

Hemtjänstens omfattning

- Hemtjänstens omfattning påverkas främst av behov av hjälp med personlig omsorg (PADL), grad av kognitiv nedsättning och rörelsehinder.
- Med sammantaget liten betydelse, men till viss grad relaterat till högre antal timmar, är: hög ålder, ensamboende, utomnordisk härkomst, inkomst, låg frekvens av informell omsorg och svåra besvär med oro eller nedstämdhet. Kön är inte relaterat till antalet timmar.
- Samma faktorer påverkade omfattning av hemtjänsttimmar i samtliga stadsdelar men antalet beviljade timmar skilde sig åt givet samma behov.
- Det finns skillnader i beviljade antal timmar mellan åren 2015–2022, givet samma behov. För omsorgstagare med låg grad av funktionsnedsättning har det genomsnittliga antalet timmar hemtjänst per månad ökat medan det för de hög grad av funktionsnedsättning har minskat.

BAKGRUND

För att kunna planera, följa upp och utveckla äldreomsorgen är det viktigt att ha kunskap om vilka som beviljas äldreomsorg, på vilka grunder omsorgens typ och omfattning baseras, och om och hur detta förändras över tid. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum har tidigare genomfört analyser av hur äldreomsorgsinsatser relaterar till bedömda behov, baserade på tvärsnittsdata avseende pågående insatser, inhämtade från Stockholm stads system för social dokumentation, Paraplyet, för åren 2008, 2017 och 2019 (Lagergren 2017, Meinow m fl 2020).

Resultaten visade att det som främst påverkade hemtjänstens omfattning samt beslut om vård- och omsorgsboende var kognitiv nedsättning och behov av hjälp med personliga aktiviteter i dagliga livet, PADL (Katz, 1983). Detta var lika över stadsdelarna i Stockholm stad. En tredjedel av omsorgstagarna med svår kognitiv nedsättning och drygt 40 procent av de som behövde hjälp med samtliga PADL bodde i ordinärt boende med hemtjänst. Vidare hade beviljat antal hemtjänsttimmar ökat något mellan 2017 och 2019, givet samma behov, medan sannolikheten att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende var lägre under perioden 2017–2019 jämfört med före 2017.

Äldreomsorgen i Stockholm stad

Ansvar för Stockholms stads äldreomsorg är fördelat på äldreförvaltningen och elva stadsdelsförvaltningar (en per geografiskt stadsdelsområde). Äldreförvaltningen ansvarar för stadsövergripande riktlinjer, utveckling och uppföljning medan stadsdelsförvaltningarna ansvarar för att utföra den kommunala äldreomsorgen med bland annat vård- och omsorgsboende, hemtjänst och dagverksamhet. Inom den kommunala äldreomsorgen i Stockholm stad finns utförare både i egen och i privat regi (Stockholms stad 2024).

Behovsbedömning

Personer över 65 år som behöver hjälp i sitt dagliga liv kan vända sig till stadsdelsförvaltningens biståndshandläggare för att ansöka om insatser från äldreomsorgen. Beslut om insatser regleras i socialtjänstlagen (2001:453), 4 kap. Som komplement till gällande lagstiftning och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd har Stockholms stad lokala riktlinjer för handläggning av ärenden inom socialtjänstens äldreomsorg (Dnr 3.1 268/2020 ÄN.)

Syftet med riktlinjerna är att säkerställa rättssäkerhet och lika behandling vad gäller bedömning och tillgång till insatser från socialtjänstens äldreomsorg. Riktlinjerna ska ge stöd och vägledning för biståndshandläggaren i arbetet med individuella behovsbedömningar, som alltid ska göras (Stockholms stad 2021).

Stockholm stad har tagit fram en metodhandledning som riktar sig till stadens biståndshandläggare (Stockholms stad 2009). I denna finns en intervjuguide med syfte att ge stöd i utredningen för att fånga behov av stöd i den dagliga livsföringen. I intervjuguiden finns exempel på frågeområden inom nio livsområden: Boende, närmiljö och omgivning; Person, närstående, familj och socialt nätverk; Fysisk hälsa och välbefinnande; Psykisk hälsa och välbefinnande; Hushåll; Aktiviteter i den dagliga livsföringen; Mat och måltider; Livsstil och intressen; Ekonomi och ärenden.

I stadens dokumentationssystem finns ett kartläggnings- och bedömningsinstrument som innehåller standardiserade frågor med fasta svarsalternativ kopplade till fem av de nio livsområdena: Boende, närmiljö och omgivning; Person, närstående, familj och socialt nätverk; Fysisk hälsa och välbefinnande; Psykisk hälsa och välbefinnande; Aktiviteter i den dagliga livsföringen.

I stadens riktlinjer för handläggning av ärenden inom socialtjänstens äldreomsorg finns det beskrivet följande: *"I Stockholms stad används ett särskilt framtaget kartläggnings och bedömningsinstrument vid biståndshandläggning inom socialtjänstens äldreomsorg. Instrumentet används för att utreda och bedöma äldres behov av stöd och hjälp i den dagliga livsföringen. Syftet är att äldre i Stockholms stad ska erhålla en professionell handläggning där utredningsmetodik, bedömning och beslut om insatser är likvärdig i staden."* (Stockholms stad 2021)

Det är uppgifter som registrerats i detta bedömningsinstrument, tillsammans med uppgifter om beslutade insatser och sociodemografiska faktorer, som ligger till grund för de analyser och resultat vi redovisar i denna rapport.

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna rapport var att studera vilken äldreomsorg personer 65 år och äldre hade i relation till bedömda behov, om fördelningen av äldreomsorg var likvärdig mellan stadsdelsförvaltningar och olika grupper av äldre personer, och om det har skett någon förändring över åren 2015–2022.

Frågeställningar:

- Vad karaktäriserade omsorgstagarna (sociodemografiska faktorer och behov) i Stockholms stad och i stadsdelsområdena?
- Vilka insatser beviljades givet bedömda behov och sociodemografiska faktorer? Med fokus på antal hemtjänsttimmar, hemtjänst eller vård- och omsorgsboende och variation mellan stadsdelsförvaltningar.
- Har beviljade insatser för liknande behov förändrats mellan 2015 och 2022?

METOD

Datamaterial

I detta avsnitt beskriver vi datamaterialets karaktär övergripande. I bilaga 1 finns en mer detaljerad redovisning av samtliga variabler och skalsteg.

Data är hämtad från det sociala dokumentationssystemet i Stockholms stad (Paraplysystemet) och omfattar samtliga personer 65 år eller äldre med beslut om insatser från äldreomsorgen i Stockholms stad, åren 2015–2022. Data omfattar sociodemografiska och behovsrelaterade faktorer samt uppgifter om insatser från kommunens äldreomsorg. Godkännande från etikprövningsmyndigheten (Dnr 2020–03778) finns för inhämtning av denna data inom ramen för studien SNAC Stockholm Äldreomsorg.

Beskrivningen av omsorgstagarna avser personer som hade pågående insatser från äldreomsorgen den 1 mars 2022, det vill säga att deras beslut om insatser kan ha tagits under samma eller tidigare år, och var gällande 1 mars 2022.

Analyser av beviljad plats på vård- och omsorgsboende och hemtjänstens omfattning baseras på uppgifter om beslut som togs under det aktuella året och innehåller ett beslut per individ och år.

Följande information om beviljade insatser och faktorer som kan relateras till dessa finns tillgängliga i det sociala dokumentationssystemet.

Boendeform

Informationen om boendeform är indelad i kategorierna ordinärt boende, servicehus och vård- och omsorgsboende.

Samtliga analyser av behoven hos personer med beslut om vård- och omsorgsboende avser behoven vid *beslutet*, det vill säga innan inflyttning. Funktionsförmågan för personer med beslut om vård- och omsorgsboende speglar alltså förhållanden vid tidpunkten för beslutet och inte förmågan för personer som *bor* på vård- och omsorgsboende, som kan antas vara sämre.

Insatser från kommunens äldreomsorg

Insatser i fokus för denna rapport omfattar antal beviljade timmar hemtjänst per månad samt beslut om servicehus respektive vård- och omsorgsboende. Andra insatstyper (som inte analyseras här) från äldreomsorgen inkluderar avlösning, boendestöd, HVB/stödboende, dagverksamhet, korttidsvård, ledsagning, hemvårdsbidrag och trygghetslarm.

Sociodemografiska faktorer

Sociodemografiska faktorer omfattar ålder, kön, ensam- eller samboende, utomnordisk härkomst och årsinkomst. Inkomst rankades lägst till högst och delades in i fyra grupper (kvartiler) där varje grupp omfattar ungefär 25 procent av omsorgstagarna: 0–158 tkr (25%), 158–203 tkr (50%), 203–250 tkr (75%), 250 tkr-10 mkr (100%).

Stadsdel

Stadsdel i denna rapport avser det stadsdelsområde omsorgstagaren är skriven i och den stadsdelsförvaltning där beslutet om insatser tagits.

Behovsrelaterade faktorer

Personliga aktiviteter i dagligt liv, PADL omfattar följande fem aktiviteter: födointag, förflyttning, på-/avklädning, toalettbesök, dusch (Katz 1983). Varje aktivitet som ingår i PADL kategoriseras i tre nivåer: oberoende (0), delvis beroende (1), beroende (2). I vissa tabeller och figurer visas även antal PADL (0–5) som en person är delvis eller helt beroende inom.

Rörelsehinder delas in i fyra nivåer: inga rörelsehinder (0), kan gå utomhus med hjälpmedel, till exempel käpp eller rollator, klarar mindre trappor (1), kan röra sig inomhus med hjälpmedel men klarar ej trappor eller förflyttning utomhus (användning av rullstol ingår, om personen själv kan manövrera den och själv ta sig i och ur) (2), beroende av levande stöd och/eller rullstolsburen och ej i stånd att själv manövrera den eller ta sig i/ur, eller sängbunden (3)

Kognitiv nedsättning delas in i fyra nivåer¹: ingen kognitiv nedsättning (0), lätt kognitiv nedsättning, ibland något oklar och förvirrad (1), svår kognitiv nedsättning, ofta oklar och förvirrad (2), mycket svår kognitiv nedsättning, ständig mycket oklar och förvirrad (3).

¹ Enligt en förkortad version av den så kallade Bergerskalan (Berger 1980).

Tabell 1. Funktionsindex. Sammanfattande grad av funktionsnedsättning utifrån behov av PADL (personliga aktiviteter i det dagliga livet).

Grad av funktionsnedsättning	Indexpoäng
Lätt	0–1
Måttlig	> 1–6
Hög	> 6–11
Mycket Hög	> 11–16
Uppgift saknas	Uppgift saknas

Sammanfattande grad av funktionsnedsättning (funktionsindex): Utifrån behov av stöd med PADL, rörelsehinder och kognitiv nedsättning har vi skapat ett summerat index med värden från 0–16 som sammanfattar grad av funktionsnedsättning (tabell 1). Noll motsvarar ingen funktionsnedsättning med avseende på de ingående faktorerna och 16 helt beroende. Grad av funktionsnedsättning har sedan delats in i fyra kategorier, från lätt till helt nedsatt (se bilaga 1 för en mer utförlig beskrivning av hur indexet skapats). Syftet med indexet är att på ett överskådligt sätt kunna jämföra grad av funktionsnedsättning hos omsorgstagarna mellan olika boendeformer och stadsdelar, samt över tid.

Otrygghet och nedstämdhet: Biståndshandläggarens bedömning av den äldre personens oro och nedstämdhet delas in i fyra kategorier: inga besvär (0), lätta eller tillfälliga besvär (1), periodvis svåra besvär (2), ständigt svåra eller invalidiserande besvär (3).

Begränsningar i data

Det finns bortfall och begränsningar i data som är viktiga att ta i beaktande när vi ska tolka resultaten. Bortfallet varierar mellan olika variabler (se bilaga 2, tabell 1). För de flesta indikatorer på funktionsnedsättning är bortfallet lågt, 5 procent för PADL-variablerna samt rörelsehinder, och 11 procent för kognitiv nedsättning.

Information om härkomst saknas för 37 procent av omsorgstagarna under 2022, och bortfallet varierar stort mellan stadsdelarna (11–61%). För 14 procent saknades data om informell omsorg.

För variablerna utomnordisk härkomst, nedstämdhet, oro och informell omsorg är kategorin ”ej svar/ej relevant” inkluderad i analyserna. Resultat baserat på dessa variabler bör på grund av bortfallet tolkas med viss försiktighet.

Att observera är att dataunderlaget delvis skiljer sig från det som användes för den föregående rapporten *StockholmSNAC 2019* (Meinow m fl 2020). Direkta jämförelser mellan de båda rapporterna kan därför inte göras.

Analyser

I denna rapport fokuserar vi främst på analyser av de vanligaste insatstyperna; hemtjänst och vård- och omsorgsboende. Vi har även inkluderat en beskrivning av de omsorgstagare som beviljats servicehus. Resultaten baseras på både deskriptiv och analytisk statistik.

I det första avsnittet, *Omsorgstagarna i Stockholm stad*, beskrivs personer med *pågående beslut* 1 mars 2022 med avseende på demografiska faktorer och funktionsnedsättningar i olika boendeformer och stadsdelar. Uppgifterna i detta avsnitt baseras på bedömningen som gjordes när beslutet togs, vilket kan ha skett före 2022.

Efterföljande två avsnitt (*Beslut om vård- och omsorgsboende* och *Hemtjänstens omfattning*) belyser besluten som *tagits* under respektive år. Resultaten baseras på deskriptiv statistik samt multipla regressionsanalyser (Poisson-regression och logistisk regression), det vill säga analyser som samtidigt tar hänsyn till omsorgstagarnas sociodemografiska förhållanden och funktionsnedsättningar. Vilka faktorer som tas hänsyn till i analyserna finns angivet inom respektive avsnitt.

Resultaten i avsnittet om betydelsen av olika faktorer för att ha fått ett beslut om vård- och omsorgsboende är baserade på estimerade sannolikheter från en regressionsmodell. De estimerade sannolikheterna är beräknade utifrån referenskategorierna för faktorerna i respektive regressionsmodell (bilaga 2). Detta kan tolkas som en ”uppskattad sannolikhet”.

I avsnittet *Hemtjänstens omfattning* presenteras estimerade medelvärden för antalet hemtjänsttimmar per månad. Dessa medelvärden är marginal-

² Det vill säga besluten är tagna någon gång före 1 mars 2022 och är fortfarande aktuella.

effekter baserade på regressionsmodeller. Marginaleffekterna är beräknade utifrån referenskategorierna för faktorerna i regressionsmodellen (bilaga 2) och kan tolkas som ett ”uppskattat medelvärde”.

I jämförelser mellan åren 2015–2022 har vi statistiskt tagit hänsyn till att det finns omsorgstagare som förekommer i underlagen för flera av åren. Detta har vi gjort genom att använda generaliserade skattningsekvationer (generalized estimating equations, GEE).

RESULTAT

Vi inleder resultatdelen med en beskrivning av utvecklingen av antalet personer i Stockholms stad som börjat med hemtjänst respektive beviljats vård och omsorgsboende under perioden 2015–2022. Därefter följer en beskrivning av omsorgstagarna år 2022 med avseende på sociodemografiska faktorer, funktionsnedsättning och informell omsorg. I de två sista avsnitten analyserar vi beslut om vård- och omsorgsboende (sidan 24), samt hemtjänstens omfattning i relation till indikatorer på behov (sidan 33). Jämförelser görs mellan stadsdelarna samt över åren 2015 till 2022.

Omsorgstagarna i Stockholm stad

Utvecklingen av antalet som började med hemtjänst respektive beviljades vård- och omsorgsboende

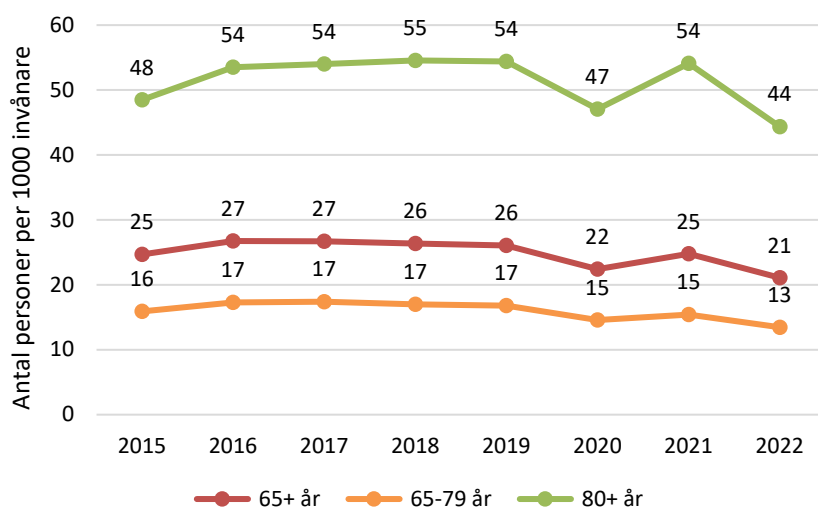
Under perioden 2015–2022 minskade antalet personer i Stockholms stad som fick sitt första hemtjänstbeslut respektive beviljades vård- och omsorgsboende, både absolut (bilaga 2, tabell 2 och 3) och i relation till befolkningens storlek (figur 1 och 2).

Antalet personer per 1000 invånare som började med hemtjänst var i stort sett oförändrat under åren före pandemin (2016–2019). En minskning (19%) skedde sedan mellan 2019 och 2022. Denna minskning gällde i något större utsträckning dem som var 80 år eller äldre.

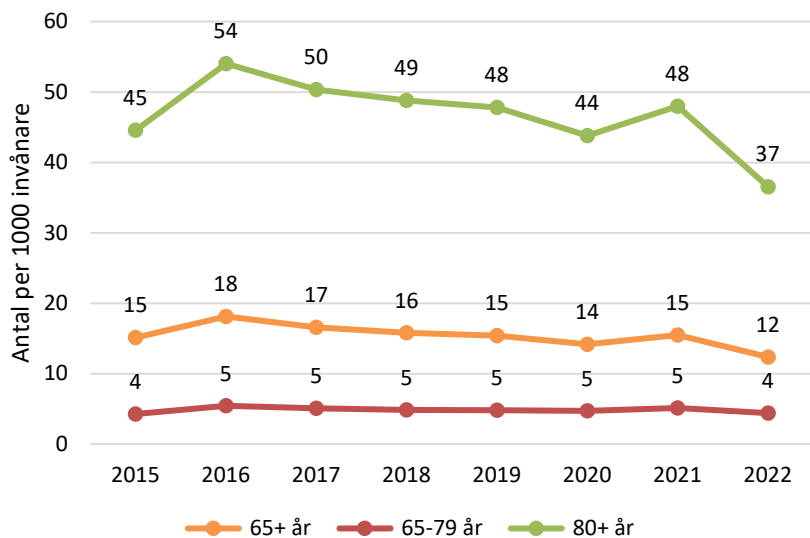
Minskningen av beslut om vård- och omsorgsboende skedde kontinuerligt från 2016. Den var störst bland personer över 80 år (23%).

Omsorgstagarna år 2022

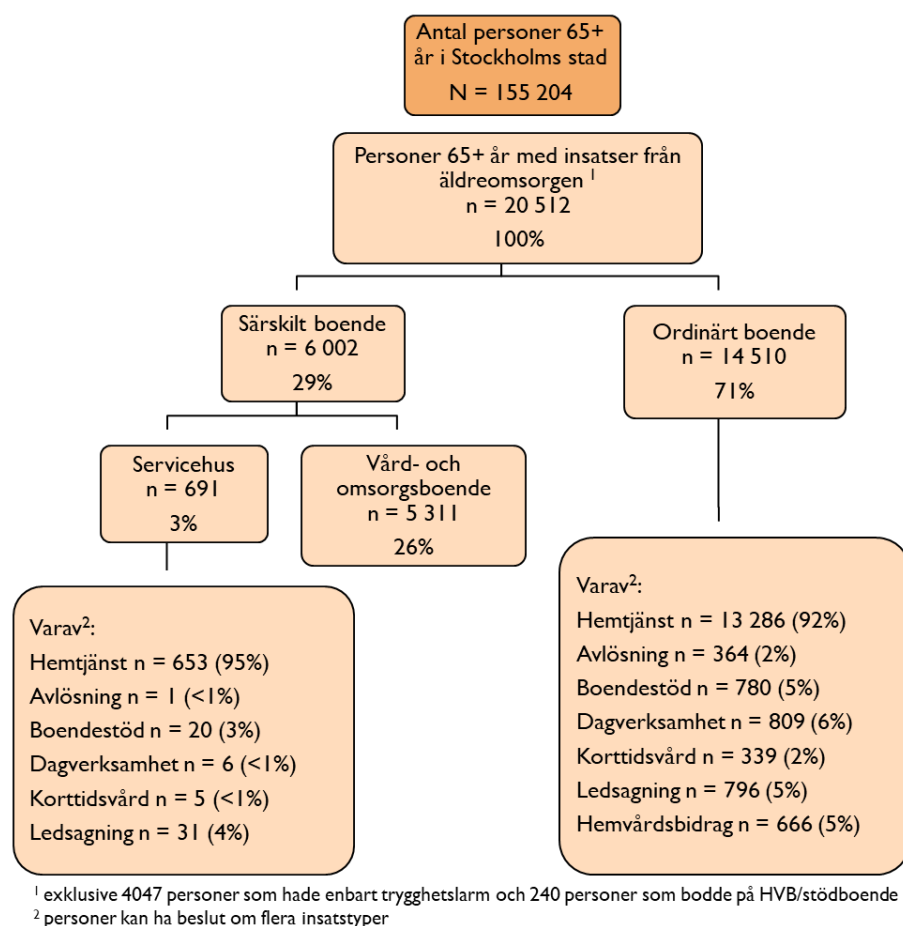
Den 1 mars hade ungefär 13 procent av befolkningen 65 år eller äldre i Stockholms stad insatser från äldreomsorgen (utöver trygghetslarm, figur 3). Omsorgstagarnas medianålder var 83 år, 68 procent var kvinnor och fyra av tio bodde ensamma. Enligt de uppgifter som registrerats av biståndshandläggare var 15 procent födda utanför Norden. Dock saknas information för en stor del av omsorgstagarna (36%) vilket gör att siffrorna bör tolkas med försiktighet.



Figur 1. Antal som började med hemtjänst i förhållande till befolkningens storlek i respektive åldersgrupp, 2015–2022. Stockholms stad och Statistiska Centralbyrån.



Figur 2. Antal personer som beviljats vård- och omsorgsboende i förhållande till befolkningens storlek, 2015–2022. Stockholms stad och Statistiska Centralbyrån.



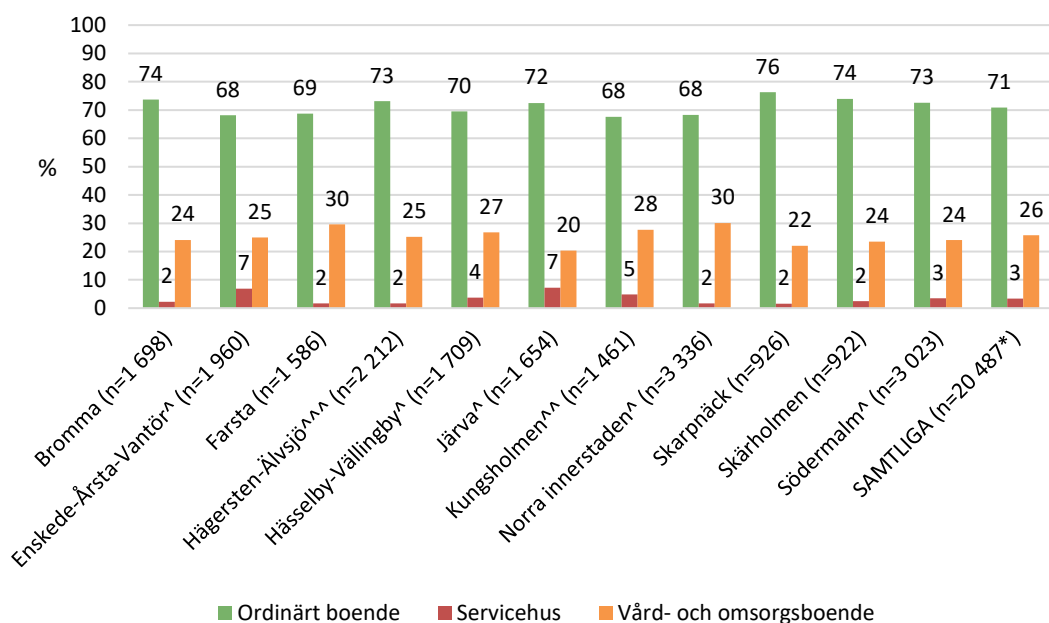
Figur 3. Antal och andel omsorgstagare per boendeform och insatstyp, Stockholms stad, 1 mars 2022.

Majoriteten bodde i ordinärt boende med hemtjänst

Cirka sju av tio omsorgstagare bodde i ordinärt boende, de allra flesta med hemtjänst, och tre av tio var beviljade särskilt boende. Endast en liten andel i ordinärt boende (2–6%) och på servicehus (<1–4%) hade andra insatser än hemtjänst (figur 3).

Andelen på vård- och omsorgsboende skilde sig mellan stadsdelar

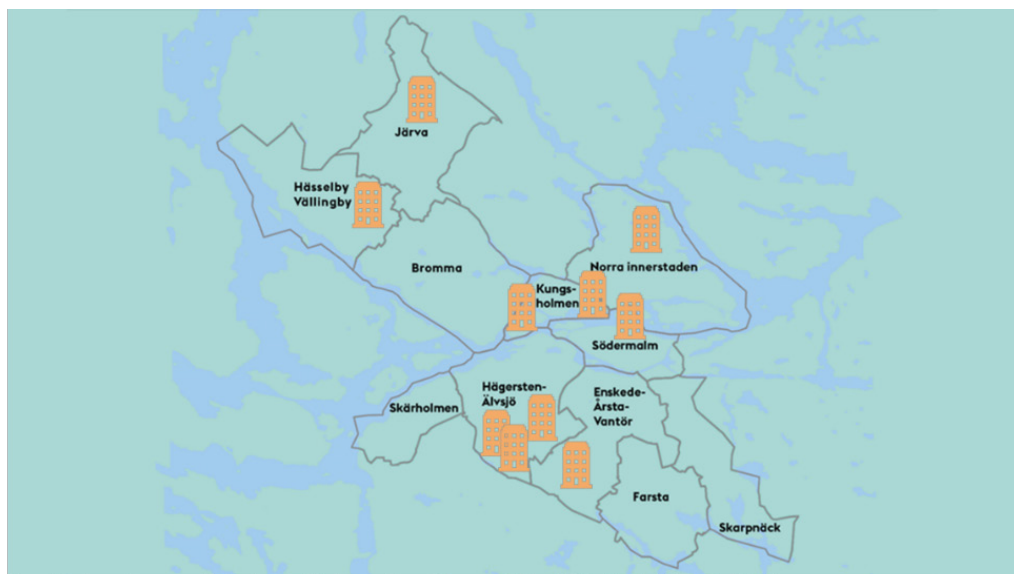
I figur 4 visas omsorgstagarnas fördelning på olika boendeformer per stadsdel under 2022. Andelen i ordinärt boende varierade något mellan stadsdelarna, med högst andel i Skarpnäck (76%) och lägst i Enskede-Årsta-Vantör, Kungsholmen och Norra innerstaden (68%). Ungefär en fjärdedel av omsorgstagare hade beslut om vård- och omsorgsboende, med högst andel i Farsta och Norra innerstaden (30%) och lägst i Järva (20%).



*Exklusive Socialförvaltningen och Äldreförvaltningen (n=52)

^Ett servicehus, ^^två servicehus, ^^^tre servicehus

Figur 4. Andel (%) av omsorgstagare i äldreomsorgen boende i olika boendeformer, indelat per stadsdel. Stockholms stad, 2022.



Karta från: <https://start.stockholm/om-stockholms-stad/utredningar-statistik-och-fakta/statistik/omradesfakta/>
Bildikoner tillagdes och baseras på information från <https://aldreomsorg.stockholm/hitta-servicehus/>

Figur 5. Karta över servicehusen i Stockholms stad (platserna är inte exakta).

Tabell 2. Andel (%) av omsorgstagare per åldersgrupp i respektive boendeform, samt medianålder per boendeform. Stockholms stad, 2022.

Ålder	Ordinärt boende (n =14 537)	Servicehus (n =691)	Vård- och omsorgs- boende (n =5 311)	Samtliga (n =20 539)
65–74	21	16	17	20
75–84	38	31	33	36
85–94	36	37	41	37
95+	6	17	9	7
Medianålder	82	85	84	83

Andelen omsorgstagare som bodde i servicehus var högst i Järva och Enskede-Årsta-Vantör (7%) medan i de flesta andra, det vill säga i sex av elva stadsdelar, var andelen två procent. I figur 5 redovisas antalet servicehus i Stockholm stad och i vilken stadsdel de är belägna.

Medianåldern var högst bland boende på servicehus

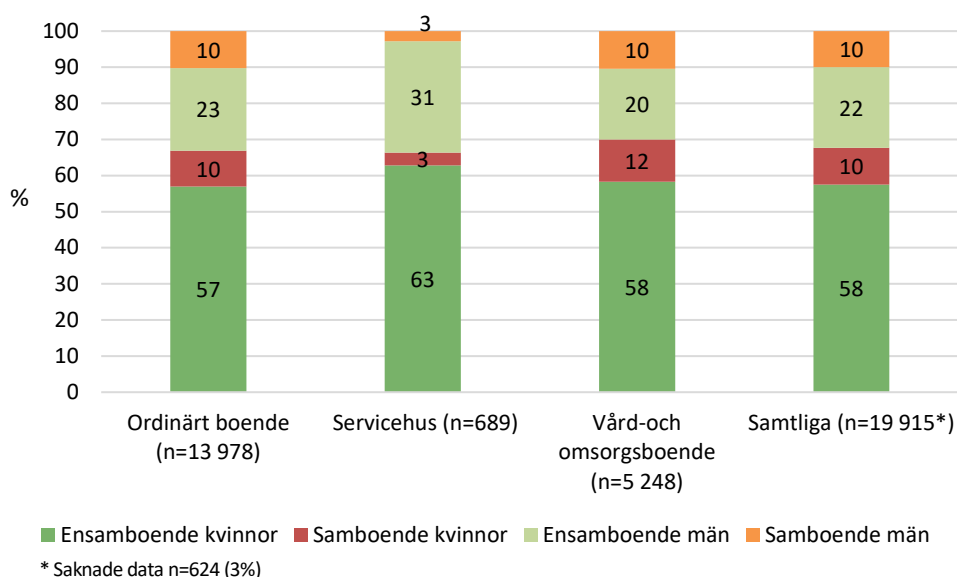
Cirka tre fjärdedelar av omsorgstagarna var mellan 75 och 94 år gamla (tabell 2). Medianåldern var högst bland boende på servicehus (85 år). Av de omsorgstagare som beviljats vård- och omsorgsboende var nio procent 95 år eller äldre och av dem i ordinärt boende var det sex procent. Medianåldern bland omsorgstagarna skilde sig också mellan stadsdelarna och var högst i Farsta (85 år) och lägst i Järva (80 år).

Ensamboende kvinnor i majoritet

Majoriteten av omsorgstagarna var ensamboende kvinnor (se figur 5). Totalt bodde 80 procent av omsorgstagarna ensamma. Högst var andelen bland dem med beslut om servicehus (94%). Cirka 20 procent av omsorgstagarna bodde ihop med någon, och det var lika vanligt bland män och kvinnor.

Fyra av fem omsorgstagare hade informell omsorg

Enligt biståndshandläggarnas registreringar hade drygt fyra av fem omsorgstagare informell omsorg, varav hälften minst en gång i veckan (tabell 3). Det var nästan en dubbelt så stor andel av männen (28%) jämfört kvinnorna (15%) som hade informell hjälp dagligen, vilket kan hänga ihop med att fler äldre män än kvinnor är samboende. Även andelen omsorgstagare som aldrig fick informell omsorg skilde sig något mellan män (21%) och kvinnor (16%). För 14 procent saknas dock uppgifter om informell omsorg,



Figur 5. Andelen (%) ensam- och samboende kvinnor och män per boendeform av omsorgstagare i äldreomsorgen. Stockholms stad, 2022.

vilket innebär att resultatet kan vara en under- eller överskattning av andelen omsorgstagare med eller utan tillgång till informellt stöd.

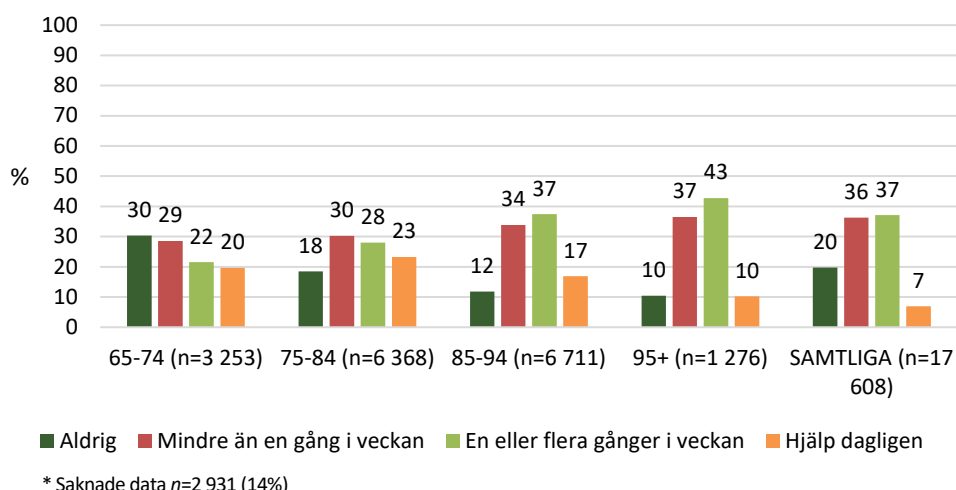
Högre andel med informell omsorg i de övre åldersgrupperna

Omfattning av informell omsorg skilde sig mellan olika åldersgrupper. Figur 6 visar att andelen *utan* informell omsorg minskade kontinuerligt, från 30 procent i åldersgruppen 65–74 till tio procent i åldersgruppen 95 år eller äldre.

Tabell 3. Andel (%) omsorgstagare i äldreomsorgen med tillgång till informell omsorg. Stockholms stad, 2022.

	Män (n=5 642)	Kvinnor (n=11 966)	Samtliga (n=17 608*)
Aldrig	21	16	18
Mindre än en gång/vecka	27	34	32
En eller flera gånger/vecka	24	35	31
Hjälp dagligen	28	15	19

* Saknade data för n=2 931 (14%) omsorgstagare.



Figur 6. Frekvens av informell omsorg per åldersgrupp bland omsorgstagare i äldreomsorgen. Stockholms stad, 2022.

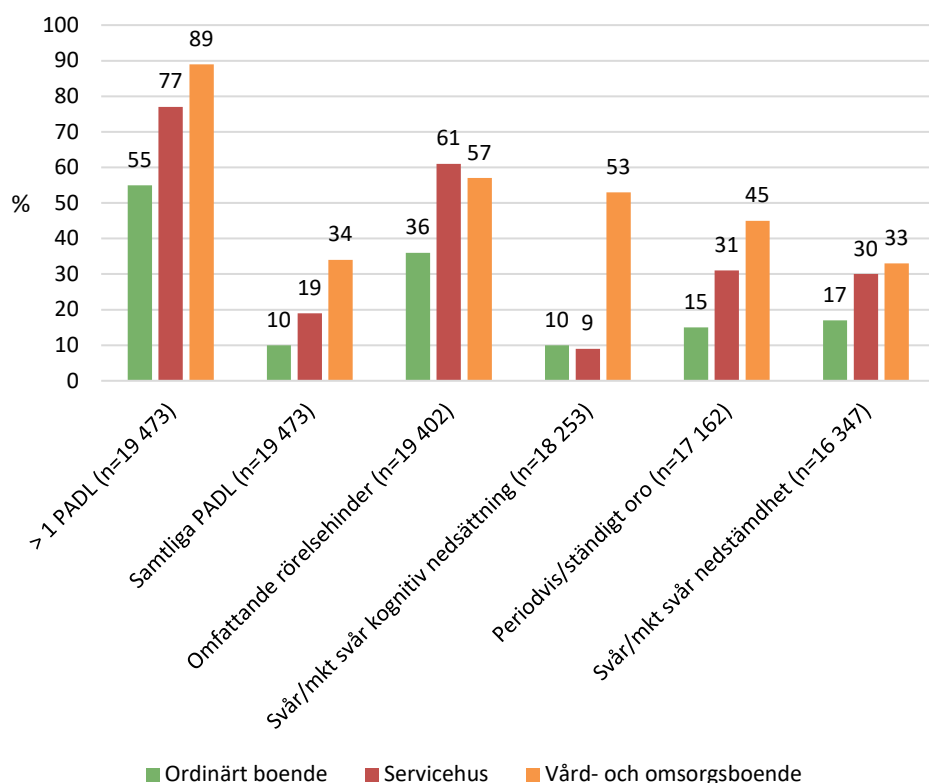
Andelen med hjälp en eller flera gånger i veckan ökade med stigande ålder medan andelen med daglig informell hjälp inte följde samma mönster. Detta hänger sannolikt samman med att andelen som bor med en partner som förmår att ge omsorg minskar med stigande ålder.

En av tio i ordinärt boende var beroende i samtliga PADL

En hög grad av funktionsnedsättning var, som väntat, avsevärt vanligare bland dem med beslut om vård- och omsorgsboende än bland omsorgstagare som bodde i ordinärt boende respektive servicehus. Detta med undantag för omfattande rörelsehinder, det vill säga att omsorgstagaren bedömts inte klara förflyttningar utomhus eller trappor, som var vanligast hos de med beslut om servicehus (figur 7).

Skillnaden mellan boendeformerna var störst med avseende på andelen med svår eller mycket svår kognitiv nedsättning – som var fyra gånger högre bland omsorgstagare med beslut om vård- och omsorgsboende än bland dem som bodde i ordinärt boende.

Av de omsorgstagare som bodde i ordinärt boende bedömdes 55 procent behöva stöd med minst en PADL, en av tio med samtliga PADL, och drygt en tredjedel ha omfattande rörelsehinder.

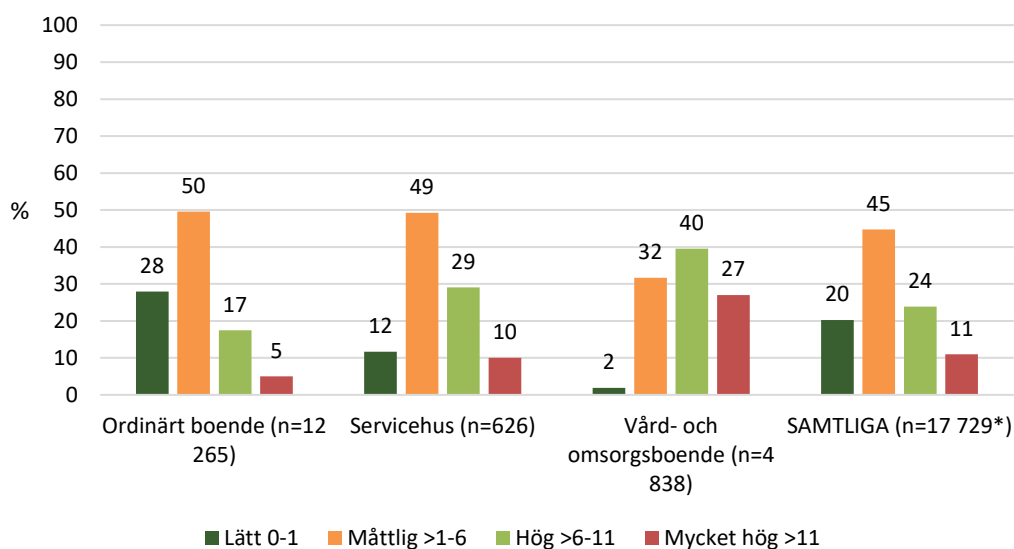


Figur 7. Andel funktionsnedsättningar avseende PADL (personliga aktiviteter i det dagliga livet), rörelsehinder, kognitiv nedsättning, oro och nedstämdhet per boendeform bland omsorgstagare inom äldreomsorgen. Stockholms stad, 2022.

Högst grad av funktionsnedsättning hos personer på vård- och omsorgsboende

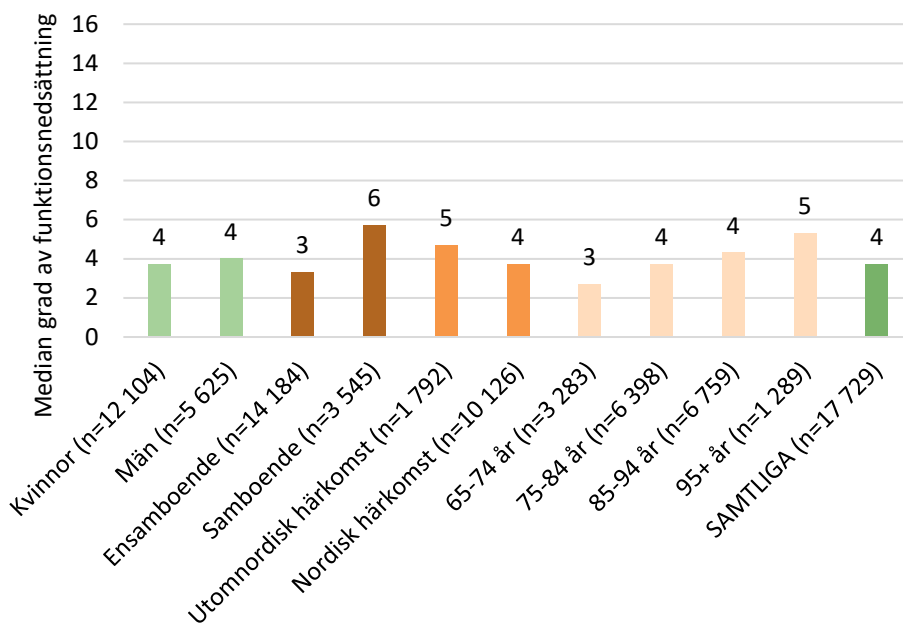
Ett sammanfattande index för funktionsnedsättning (beskrivet i metod, se sidan 10, tabell 1 och i bilaga 1) har använts för att underlätta jämförelser mellan olika grupper av omsorgstagare. Figur 8 redovisar att majoriteten omsorgstagare i ordinärt boende och servicehus hade lätt³ eller måttlig funktionsnedsättning, 78 procent respektive 61 procent. Av omsorgstagarna som var beviljade vård- och omsorgsboende bedömdes 67 procent ha hög eller mycket hög funktionsnedsättning vid tidpunkten för beslutet.

³ Omsorgstagare med lätt funktionsnedsättning har ingen kognitiv nedsättning, men är delvis beroende i en PADL eller har behöver hjälpmedel för att förflytta sig utomhus.



* Saknade data n=2 810 (14%)

Figur 8. Andel omsorgstagare med grad av funktionsnedsättning per boendeform inom äldreomsorgen. Stockholms stad, 2022.



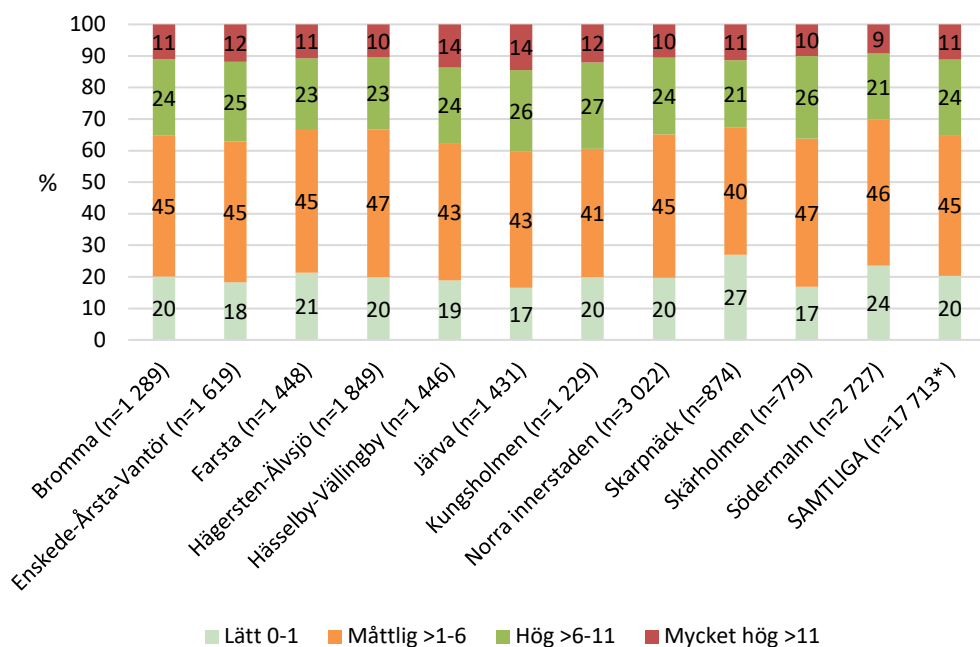
Figur 9. Grad (median) av funktionsnedsättning (funktionsindex 0–16 baserat på PADL, rörelsehinder och kognitiv nedsättning) i olika grupper av omsorgstagare inom äldreomsorgen. Stockholms stad, 2022.

Högre grad av funktionsnedsättning hos omsorgstagare som bor tillsammans med någon

I figur 9 visar vi grad av funktionsnedsättning i olika grupper av omsorgstagare baserade på sociodemografiska parametrar. Högst grad av funktionsnedsättning hade omsorgstagare som bodde ihop med någon, som var födda utanför Norden, respektive var 95 år eller äldre.

Skillnad mellan stadsdelar i andel omsorgstagare med omfattande behov

Ungefär en tredjedel av omsorgstagarna bedömdes ha hög eller mycket hög grad av funktionsnedsättning (omfattande behov). Denna andel varierade dock med upp till tio procentenheter mellan stadsdelar (figur 10). Järva och Kungsholmen hade högst andel omsorgstagare med omfattande behov med 40 procent respektive 39 procent. Lägst andel omsorgstagare med omfattande behov hade Södermalm (30%) och Skarpnäck (32%).



Figur 10. Andel omsorgstagare inom äldreomsorgen med olika grad av funktionsnedsättning (funktionsindex 0–16 baserat på PADL, rörelsehinder och kognitiv nedsättning) per stadsdel. Stockholms stad, 2022.

Sammanfattning: Omsorgstagarna i Stockholms stad

- 13 procent av befolkningen 65 år och äldre i Stockholms stad hade insatser från äldreomsorgen 2022.
- Tre fjärdedelar av omsorgstagarna hade hemtjänst, en fjärdedel hade beslut om vård- och omsorgsboende.
- Antalet personer i Stockholms stad som fick sitt första hemtjänstbeslut respektive beviljades vård- och omsorgsboende minskade något under perioden 2015 till 2022, både absolut och i relation till befolkningens storlek.
- Majoriteten omsorgstagare 2022 var ensamboende kvinnor (60%) och medianåldern var högst (85 år) bland de med beslut om servicehus (samtliga 83 år).
- Svåra funktionsnedsättningar var vanligast bland omsorgstagare med beslut om vård- och omsorgsboende. En tredjedel behövde hjälp med samtliga PADL och hälften hade en svår kognitiv nedsättning.
- Graden av funktionsnedsättning var i snitt högre bland samboende omsorgstagare, de som hade utomnordisk härkomst, och de som var 95 år eller äldre.
- Det fanns vissa skillnader mellan stadsdelarna gällande sociodemografisk sammansättning och grad av funktionsnedsättning bland omsorgstagarna.

Beslut om vård- och omsorgsboende

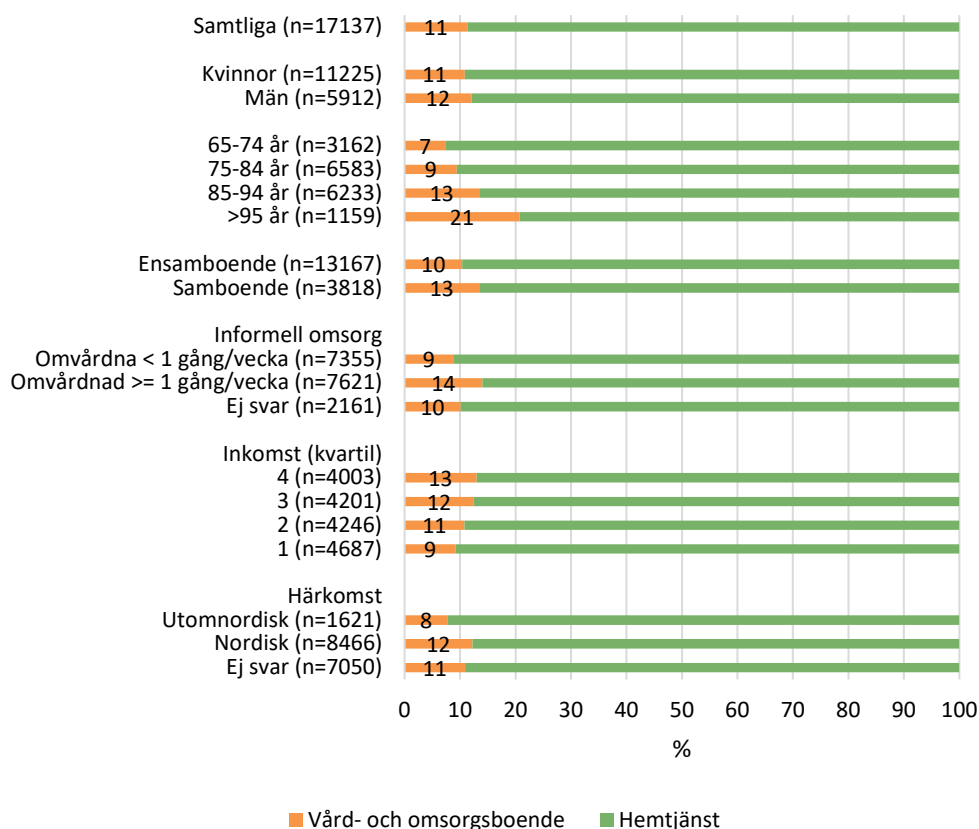
I detta avsnitt undersöker vi bland vilka omsorgstagare det var vanligast att ha beviljats en plats på vård- och omsorgsboende, samt olika faktorerers betydelse för beviljandet.

Bland vilka var vård och omsorgsboende vanligast?

Beslut vanligast bland omsorgstagare med hög grad av funktionsnedsättning

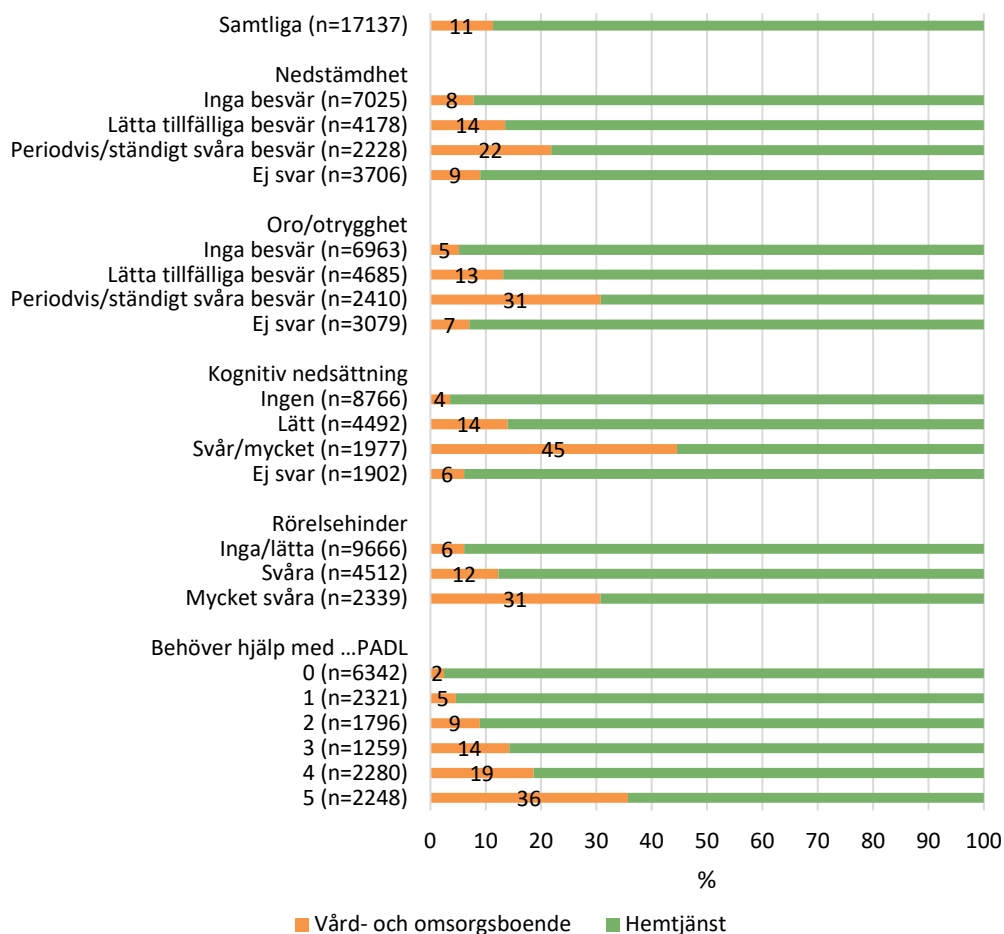
Figur 11 och 12 visar andelen omsorgstagare i olika sociodemografiska grupper och med olika typer och grad av funktionsnedsättning som under 2022 beviljats vård- och omsorgsboende. Resterande omsorgstagare beviljades hemtjänst. Andelen med beslut om vård- och omsorgsboende var låg i samtliga sociodemografiska grupper (11% i snitt, figur 11). Högst var andelen bland omsorgstagare 95+ år (21%) och bland dem som hade informell omsorg minst en gång per vecka (14%). Något lägre andel som fått ett beslut om vård- och omsorgsboende fanns bland omsorgstagare som var 65–84 år (7–9%), som var födda utanför Norden (8%), som hade informell omsorg mer sällan än en gång per vecka (9%) och som hade de lägsta inkomsterna (9%).

Andelen som beviljats vård- och omsorgsboende varierade avsevärt mer mellan omsorgstagare med olika grad av funktionsnedsättning än mellan olika sociodemografiska grupper. Att ha beviljats vård- och omsorgsboende under året 2022 var vanligast bland personer med svår eller mycket svår kognitiv nedsättning (45%), bland dem som behövde hjälp med samtliga PADL (36%), och dem som besvärades av svår oro respektive svåra rörelsehinder (31%). Det innebär samtidigt att över hälften av omsorgstagarna med en hög grad av kognitiv nedsättning och cirka två tredjedelar av dem som behövde hjälp med samtliga PADL beviljades hemtjänst. Det finns dock inga uppgifter om önskad boendeform, det vill säga i vilken utsträckning personerna var nöjda med att bo i ordinärt boende med hemtjänst.



Figur 11. Andel (%) omsorgstagare i olika sociodemografiska grupper och med olika tillgång till informell omsorg som beviljades vård- och omsorgsboende (n=17 137). Stockholms stad, 2022.

Andelarna som redovisas i figurerna 11 och 12 tar ingen hänsyn till att de olika faktorerna också är relaterade till varandra, exempelvis att kvinnliga omsorgstagare i snitt är äldre och oftare bor ensamma än manliga omsorgstagare. Eller att en hög grad av kognitiv nedsättning också ofta sammanfaller med ett behov av hjälp med PADL. För att ta reda på olika faktorerens unika betydelse för beslut om vård- och omsorgsboende, redovisar vi i nästa avsnitt inverkan av de olika faktorerna med hänsyn tagna till varandra.



Figur 12: Andel (%) omsorgstagare med olika typer och grad av funktionsnedsättning som beviljades vård- och omsorgsboende (n=17 137). Stockholms stad, 2022.

Faktorer relaterade till beslut om vård- och omsorgsboende

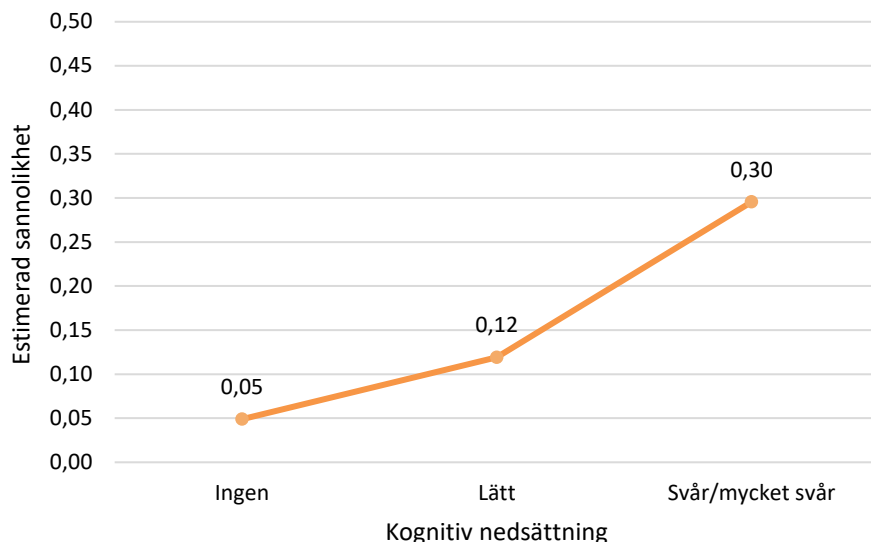
Kognitiv nedsättning och förmågan att klara aktiviteter i dagligt liv hade störst betydelse

Analysen där hänsyn tagits till kön, ålder, ensam-/samboende, om man är född i ett nordiskt respektive icke-nordiskt land, samt tillgång till informell omsorg, visade att en hög grad av kognitiv nedsättning och beroende

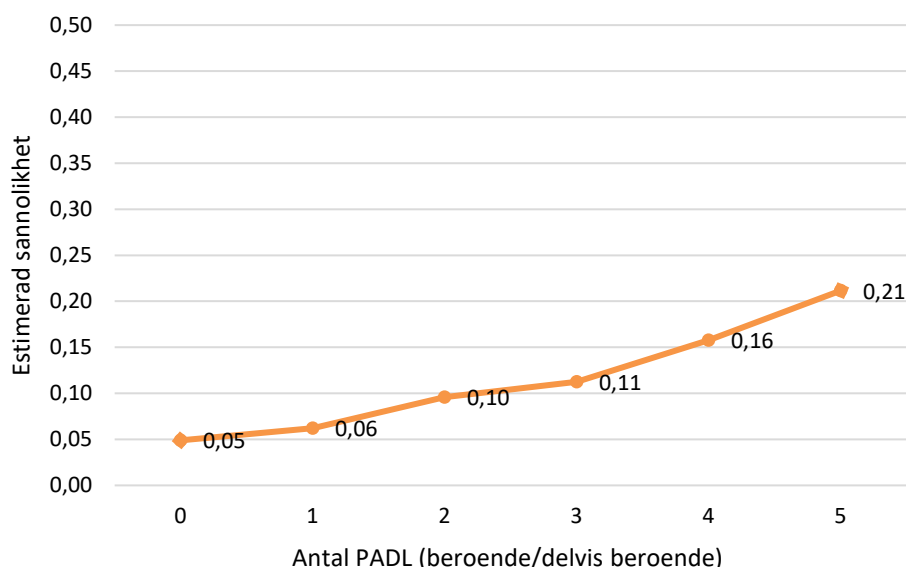
i PADL var starkast kopplat till beslut om vård- och omsorgsboende (bilaga 2, tabell 4). En ålder över 85 år, högre inkomst, att vara född i ett nordiskt land, och att besväras av svår oro/otrygghet ökade sannolikheten att ha beviljats vård- och omsorgsboende något, men dessa faktorer hade sammantaget liten betydelse.

Nedstämdhet, kön, frekvens på informell omsorg enligt biståndshandläggarnas kännedom, samt om man bodde ensam eller ihop med någon, hade ingen betydelse för sannolikheten att ha beviljats vård- och omsorgsboende, när hänsyn tagits till funktionsnedsättningar.

Figur 13 illustrerar att personer med svår eller mycket svår kognitiv nedsättning hade en estimerad sannolikhet på 30 procent att ha fått ett beslut om vård- och omsorgsboende (i stället för hemtjänst), jämfört med 5 procent för personer som inte hade någon kognitiv nedsättning, när hänsyn tagits till övriga faktorer.



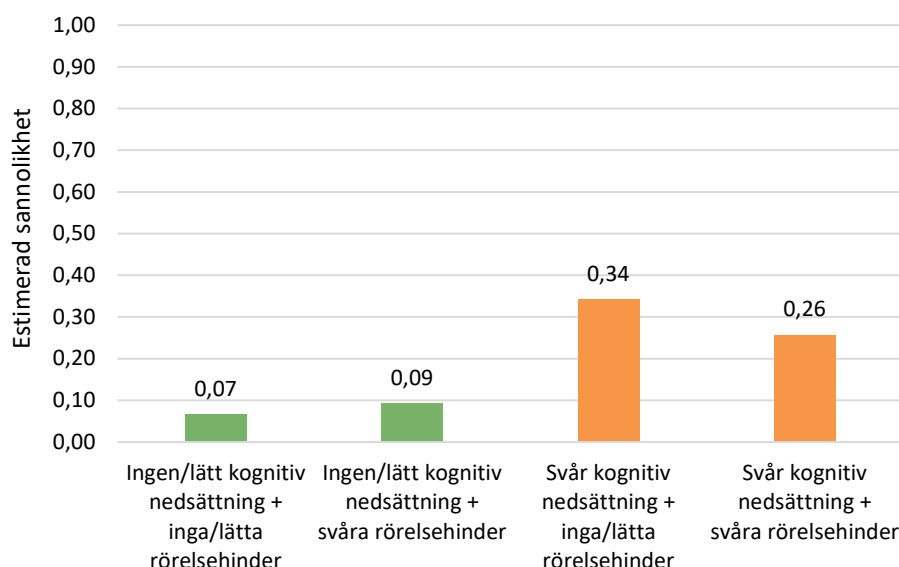
Figur 13. Estimerad sannolikhet (95% konfidensintervall) att ha fått ett beslut om vård- och omsorgsboende per grad av kognitiv nedsättning (n=14 753). Estimerade sannolikheter kan tolkas som andelar, givet övriga faktorerens referens kategorier, se bilaga 2. Stockholms stad, 2022.



Figur 14. Estimerad sannolikhet (95% konfidensintervall) att ha fått ett beslut om vård- och omsorgsboende per grad av beroende i PADL (n=14 753). Estimerade sannolikheter kan tolkas som andelar, givet övriga faktorerens referens kategorier, se bilaga 2, tabell 4. Stockholms stad, 2022.

När det gäller grad av nedsättning i PADL var den estimerade sannolikheten att ha fått ett beslut om vård- och omsorgsboende 21 procent för personer som var helt beroende i samtliga PADL, jämfört med fyra procent för dem utan behov av hjälp med PADL (figur 14).

Analysen av faktorer som hade betydelse för sannolikheten att ha beviljats vård- och omsorgsboende visade ett komplext samband mellan rörelsehinder och kognitiv nedsättning. Det innebär att betydelsen av rörelsehinder skilde sig beroende på den kognitiva förmågan. Figur 15 illustrerar att kognitiv nedsättning hade större betydelse för beslut om vård- och omsorgsboende bland relativt rörliga personer jämfört med dem med svåra rörelsehinder. Sannolikheten att ha beviljats vård- och omsorgsboende var alltså högst för rörliga personer med svår kognitiv nedsättning (34%), följt av de med svåra nedsättningar i båda avseenden (26%). Personer utan eller med lätt kognitiv nedsättning hade en låg sannolikhet (under 10%) att ha fått ett beslut om vård- och omsorgsboende, oavsett hur stora rörelsehinder de hade.



Figur 12. Estimerad sannolikhet (95% konfidensintervall) att ha fått ett beslut om vård- och omsorgsboende per grad av kognitiv nedsättning och rörelsehinder (n=14 753). Estimerade sannolikheter kan tolkas som andelar, givet övriga faktors referens kategorier, se bilaga 2, tabell 4. Stockholms stad, 2022.

Viss skillnad mellan stadsdelarna i sannolikheten att ha beviljats vård- och omsorgsboende för personer med liknande behov

Jämförelser mellan stadsdelarna vad gäller beviljandet av vård- och omsorgsboende bör tolkas med försiktighet då antalet beslut under 2022 var litet i vissa stadsdelar (som lägst 59 i Skärholmen och 100 i Skarpnäck, och som högst 328 i norra innerstaden och 298 på Södermalm, se bilaga 2 tabell 5 för antal beslut i samtliga stadsdelar).

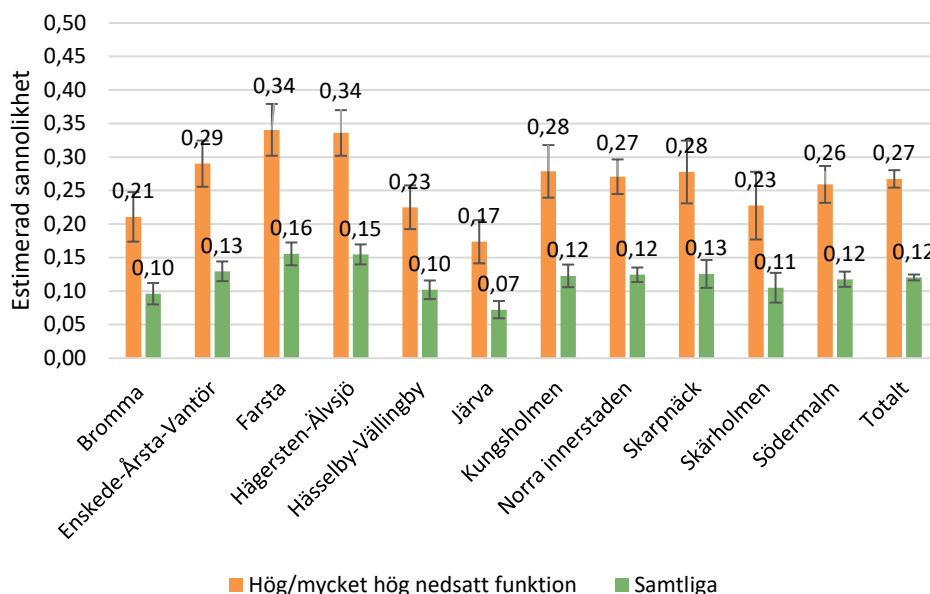
Resultatet visar att samma faktorer påverkade om vård- och omsorgsboende beviljades i stadsdelarna. Kognitiv nedsättning och behov av hjälp med PADL hade störst betydelse – men andelen beslut om vård- och omsorgsboende skilde sig till viss del åt.

I stadsdelen med högst andel beslut om vård- och omsorgsboende var dessa dubbelt så vanliga (15% i Farsta) som i stadsdelen med lägst andel beslut om vård- och omsorgsboende (7% i Järva) (gröna staplar i figur 16). De flesta stadsdelar avvek dock inte i någon större utsträckning från Sö-

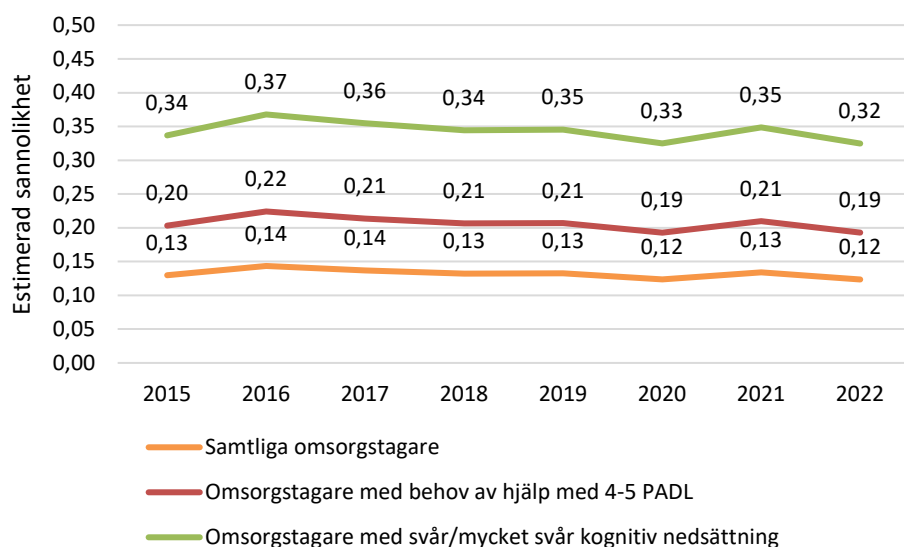
Södermalm, som representerade medianen och därför har valts som referenskategori. Samma mönster framträdde för omsorgstagare med hög/mycket hög grad av funktionsnedsättning enligt det ovan beskrivna indexet (orange staplar i figur 16).

Även för dessa var andelen högst i Farsta (34%) och lägst i Järva (17%). I sju av tio stadsdelar avvek andelen högst tre procentenheter från referenskategorin Södermalm, där 26 procent av besluten för personer med hög/mycket hög grad av funktionsnedsättning rörde bifall till vård- och omsorgsboende.

I analyserna har vi tagit hänsyn till att omsorgstagarnas sociodemografiska sammansättning och behov kan skilja sig mellan stadsdelar. Därigenom kan vi säga att skillnaderna i den estimerade sannolikheten att beviljas vård- och omsorgsboende *inte* beror på att stadsdelarnas omsorgstagare skiljer sig åt gällande grad av funktionsnedsättning, ålder, inkomst, andel som bor ensamma och frekvens på informell omsorg.



Figur 16. Estimerad sannolikhet (95% konfidensintervall) att ha beviljats vård- och omsorgsboende i respektive stadsdel för personer med hög/mycket hög grad av funktionsnedsättning respektive snittet för samtliga, givet övriga faktorer referenskategorier, se bilaga 2, tabell 4 (n=14 753). Skillnaden mellan stadsdelarna beror alltså inte på dessa faktorer. Stockholms stad, 2022.



Figur 17. Estimerad sannolikhet (95% konfidensintervall) att ha beviljats vård- och omsorgsboende 2015–2022, givet övriga faktorerens referens kategorier, se bilaga 2, tabell 4 (n=14 753). Skillnaden mellan åren beror alltså inte på en förändring i omsorgstagarnas sammansättning gällande sociodemografiska faktorer, grad av funktionsnedsättning, och frekvens av informell omsorg som noterats av biståndshandläggare. Stockholms stad, 2022.

Sannolikheten har minskat något över tid

Sannolikheten att ha beviljats vård och omsorgsboende var relativt låg under hela perioden 2015 till 2022, mellan 11 och 13 procent för samtliga omsorgstagare (figur 17). Även bland omsorgstagare med de mest omfattande omsorgsbehoven beviljades majoriteten hemtjänst.

Sannolikheten att ha beviljats vård- och omsorgsboende under respektive år minskade dessutom med ungefär tio procent mellan 2015 och 2022, såväl bland samtliga omsorgstagare som bland dem med hög grad av funktionsnedsättning. Minskningen är statistiskt signifikant och beror inte på en förändring av omsorgstagarnas sammansättning gällande grad av funktionsnedsättning, sociodemografiska faktorer och frekvens av informell omsorg som noterats av biståndshandläggare. Exempelvis minskade sannolikheten att ha beviljats vård- och omsorgsboende för personer med svår/mycket svår kognitiv nedsättning med cirka fyra procentenheter mellan 2015 och 2022, vilket motsvarar en relativ skillnad på nio procent.

Sannolikheten bland samtliga omsorgstagare minskade med 1,3 procentenheter under samma period, vilket motsvarar en relativ minskning på elva procent. Hur stor minskningen av sannolikheten att ha beviljats vård- och omsorgsboende har varit, varierar något beroende på vilka år som jämförs. Särskilt i en analys av samtliga omsorgstagare behöver förändringen över tid ställas i relation till att sannolikheten redan är låg 2015 (det vill säga en minskning av sannolikheten med en procentenhet motsvarar ungefär tio procents minskad sannolikhet).

Sammanfattning: Vilka beviljas vård- och omsorgsboende

- Svår kognitiv nedsättning och omfattande behov av hjälp med personlig omsorg var de viktigaste faktorerna för att ha fått ett beslut om vård- och omsorgsboende. Detta gällde samtliga stadsdelar, men andelen beslut om vård- och omsorgsboende skilde sig till viss del åt.
- Majoriteten av omsorgstagarna beviljades hemtjänst, även bland dem med högst grad av funktionsnedsättning.
- Hög ålder, högre inkomst, att vara född i ett nordiskt land, och att besväras av svår oro/otrygghet ökade sannolikheten att ha fått beslut om vård- och omsorgsboende något, men hade sammantaget liten betydelse.
- Kön, ensam-/samboende, frekvens på informell omsorg och nedstämdhet hade inget samband med sannolikheten att ha fått ett beslut om vård- och omsorgsboende under året.
- De flesta stadsdelar avvek inte i någon större utsträckning från genomsnittet, men i stadsdelen med högst andel beslut om vård- och omsorgsboende var dessa dubbelt så vanligt (15% i Farsta) som i stadsdelen med lägst andel beslut om vård- och omsorgsboende (7% i Järva), under antagandet att behoven och den sociodemografiska sammansättningen varit desamma i båda stadsdelarna.
- Sannolikheten att ha fått ett beslut om vård- och omsorgsboende (i stället för hemtjänst) minskade med cirka 10 procent mellan 2015 och 2022.

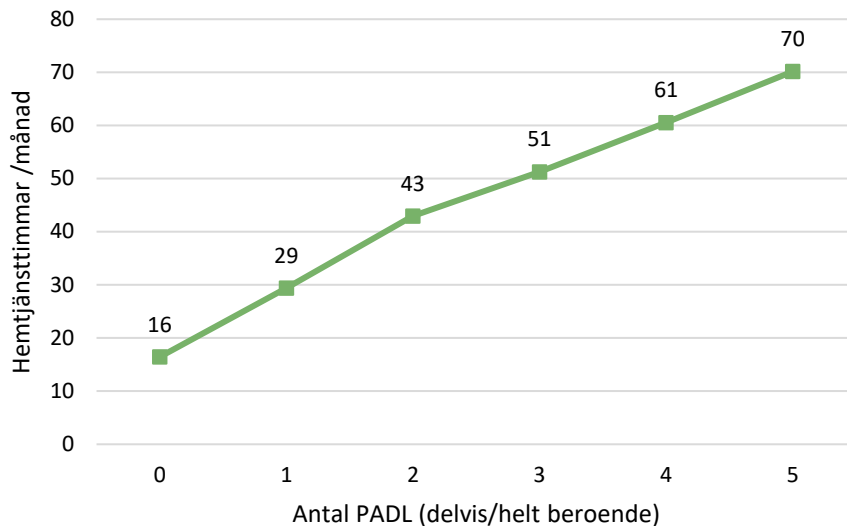
Hemtjänstens omfattning

Analyserna i detta avsnitt baseras på data över hemtjänstbeslut som *tagits* det aktuella året. Vi har inkluderat ett beslut om per person och år.

Faktorer relaterade till omfattning av hemtjänst

Hemtjänstens omfattning påverkas främst av behov av stöd med PADL och kognitiv nedsättning

Figur 18 visar det estimerade antalet timmar hemtjänst per månad givet behov av stöd med PADL och att det finns ett tydligt positivt samband. Det vill säga ju fler PADL omsorgstagarna behöver stöd i, desto fler timmar hemtjänst har de per månad i genomsnitt. Att observera är att en person som inte är i behov av hjälp med någon av aktiviteterna som ingår i PADL (det vill säga PADL=0) kan vara i behov av stöd med instrumentella aktiviteter i dagliga livet (IADL), alltså hushållssysslor och hjälp med inköp. Information om behovet av stöd med sådan hjälp finns dock inte tillgängligt för analys.

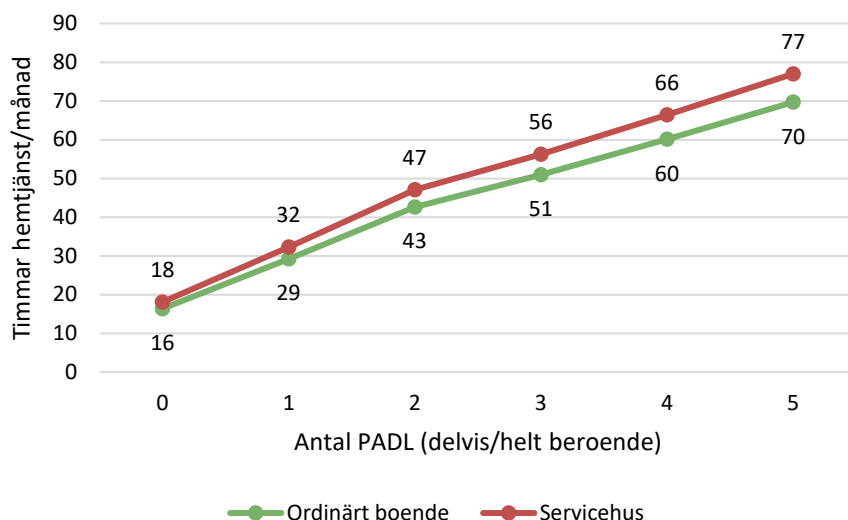


Figur 18. Genomsnittligt antal hemtjänsttimmar (estimerade medelvärden) i relation till antal PADL en person behöver stöd i (n=14 521). Stockholms stad, 2022.

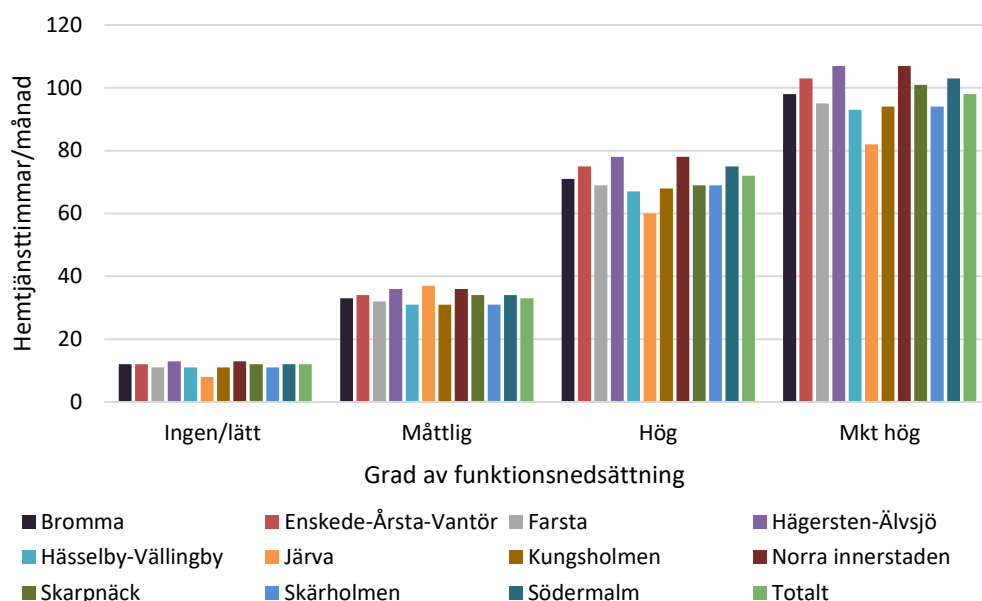
Vidare visar resultatet att grad av rörelsehinder till viss del påverkar (det estimerade) antalet hemtjänsttimmar som personer med kognitiv nedsättning beviljas (se bilaga 2, tabell 8). Kognitiv nedsättning hade något större betydelse för omfattningen av hemtjänst för de med lätta rörelsehinder jämfört med de med svåra rörelsehinder. Exempelvis hade de med svår eller mycket svår kognitiv nedsättning men *utan svåra* rörelsehinder cirka 46 timmar/månad medan personer med svår eller mycket svår kognitiv nedsättning och med *svåra* rörelsehinder cirka 44 timmar/månad.

Kön hade ingen egen betydelse för omfattning av hemtjänst

Analyserna visade att kön inte hade någon egen betydelse för omfattningen av hemtjänst (när hänsyn är tagen till omsorgstagarnas ålder och behov). Vidare hade hög ålder, ensamboende, utomnordisk härkomst, låg frekvens av informell omsorg, svåra besvär med oro eller nedstämdhet och inkomst liten, betydelse för omfattningen av hemtjänst (bilaga 2, tabell 8). Viktigt att ha med i tolkning av dessa resultat är att information saknas om informell omsorg för 12 procent (n=2 055), om härkomst för 41 procent (n=6 819), om oro för 12 procent (n=1 712) och om nedstämdhet för 22 procent (n=3 616) (för år 2022).



Figur 19. Genomsnittligt antal hemtjänsttimmar (estimerade medelvärden) i ordinärt boende respektive servicehus i relation till antal PADL (n=14 521). Stockholms stad, 2022.



Figur 20. Genomsnittligt antal hemtjänsttimmar (estimerade medelvärden) per grad av funktionsnedsättning i respektive stadsdel (n=14 521). Stockholms stad, 2022.

Omsorgstagare på servicehus hade i snitt fler timmar hemtjänst

Personer boende på servicehus hade i snitt (signifikant) fler timmar hemtjänst per månad givet liknande nivå av behov jämfört med personer som bodde i ordinärt boende (figur 19). Detta resultat var tydligt även när analyserna inkluderade sociodemografiska faktorer och behovsindikatorer, det vill säga resultatet beror inte på att de som bor på servicehus är äldre och i större utsträckning har rörelsehinder (se bilaga 2, tabell 9).

Genomsnittligt antal beviljade hemtjänsttimmar skilde sig mellan stadsdelar

Resultatet visar att det är samma faktorer som påverkar antalet beviljade hemtjänsttimmar i stadsdelarna (PADL, kognition, rörelsehinder), men att det genomsnittliga antalet timmar för personer med liknande behov skiljer sig åt.

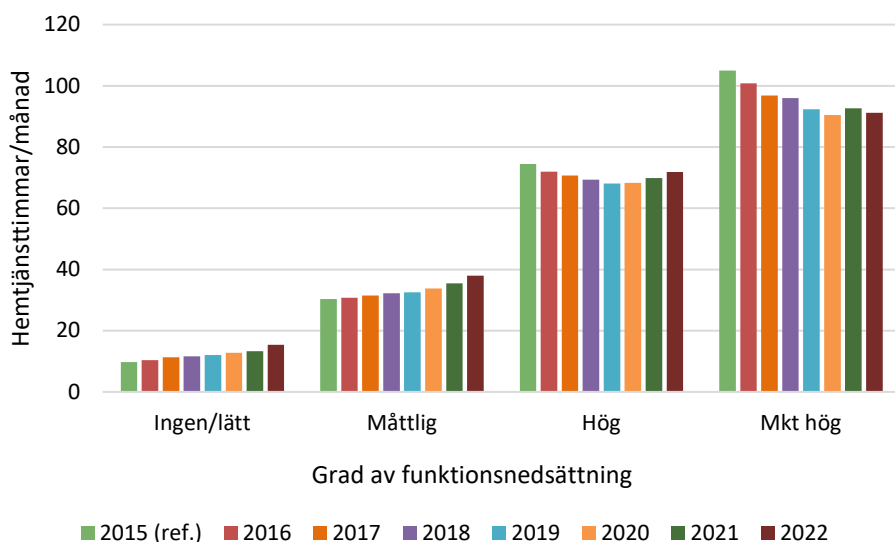
Figur 20 visar det genomsnittliga antalet hemtjänsttimmar vid olika nivåer av funktionsnedsättning som beviljats i respektive stadsdel under år 2022. Exempelvis hade omsorgstagare med mycket hög funktionsnedsättning boende i Bromma i genomsnitt 98 timmar/månad medan de i Järva

i snitt hade 82 timmar/månad. Exemplet i figuren är för ensamboende kvinnor över 85 år, men liknande mönster kan ses även för andra grupper av omsorgstagare. Genom att ta hänsyn till omsorgstagarnas sociodemografiska sammansättning och behov i analyserna kan vi säga att skillnaderna mellan stadsdelarna inte beror på att stadsdelarnas omsorgstagare skiljer sig åt gällande de faktorerna vi har information om, till exempel ålder eller andel som är ensamboende.

Över tid har omsorgstagare med lägre nivåer av behov fått fler timmar och de med mer omfattande behov färre

Figuren visar att det finns en variation över åren i det genomsnittliga antal hemtjänsttimmar som beviljats omsorgstagare med lika grad av funktionsnedsättning. För de med lägre grad av funktionsnedsättning (ingen/lätt samt måttlig) har antalet hemtjänsttimmar ökat något över åren, och skillnaden mellan år 2015 och 2022 är statistiskt signifikant.

För omsorgstagare med hög eller mycket hög grad av funktionsnedsättning minskade de genomsnittliga timmarna succesivt fram till år 2020, för att sedan öka något. Skillnaden mellan 2015 och 2022 i genomsnittligt antal timmar per månad för omsorgstagare med hög eller mycket hög grad av funktionsnedsättning är statistisk signifikant. En tabell över resultaten i sin helhet finns i bilaga 2, tabell 10.



Figur 21. Genomsnittligt antal hemtjänsttimmar (estimerade medelvärden) per grad av funktionsnedsättning respektive år (n=121 465). Stockholms stad, 2015–2022.

Sammanfattning: Hemtjänstens omfattning

- Hemtjänstens omfattning påverkas främst av behov av hjälp med personlig omsorg (PADL), grad av kognitiv nedsättning och rörelsehinder.
- Med sammantaget liten betydelse, men till viss grad relaterat till högre antal timmar, är: hög ålder, ensamboende, utomnordisk härkomst, inkomst, låg frekvens av informell omsorg och svåra besvär med oro eller nedstämdhet. Kön är inte relaterat till antalet timmar.
- Samma faktorer påverkade omfattning av hemtjänsttimmar i samtliga stadsdelar men antalet beviljade timmar skilde sig åt givet samma behov.
- Det finns skillnader i beviljade antal timmar mellan åren 2015–2022, givet samma behov. För omsorgstagare med låg grad av funktionsnedsättning har det genomsnittliga antalet timmar hemtjänst per månad ökat medan det för de hög grad av funktionsnedsättning har minskat.

DISKUSSION

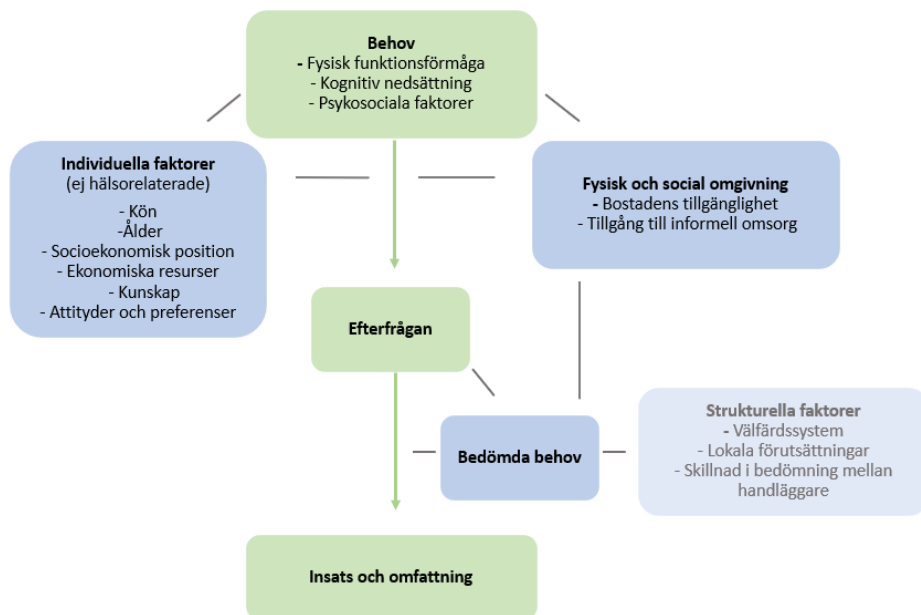
Under de kommande åren förväntas behovet av äldreomsorg öka till följd av en markant ökning av antalet personer 80 år eller äldre – 40 procent fram till 2040 i Stockholms stad. Samtidigt är såväl ekonomiska resurser som tillgång till kvalificerad personal begränsade (Nationell samordnare för kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre 2021, Sveriges kommuner och regioner 2022). Denna utveckling utgör en komplex samhällsutmaning som gör det viktigt att ha kunskap om vilka som beviljas äldreomsorg på vilka grunder samt hur det förändrats över tid.

Våra resultat visar att år 2022 var 13 procent av befolkningen 65 år och äldre i Stockholms stad beviljade insatser från äldreomsorgen. Av dessa hade tre fjärdedelar hemtjänst, en fjärdedel hade beslut om vård- och omsorgsboende och tre procent bodde på servicehus. Under perioden 2015 till 2022 minskade antalet personer som började med insatser från hemtjänsten eller fick beslut om vård- och omsorgsboende, både i absoluta tal och i relation till befolkningens storlek.

Det som hade störst betydelse för hemtjänstens omfattning och för sannolikheten att ha fått beslut om vård- och omsorgsboende, var antalet PADL (personliga aktiviteter i det dagliga livet) omsorgstagare behövde stöd med, samt graden av kognitiv nedsättning. Trots att svår kognitiv nedsättning och omfattande behov av stöd med PADL var starkast relaterat till beviljandet av vård- och omsorgsboende, hade majoriteten av omsorgstagarna med omfattande omsorgsbehov hemtjänst i ordinärt boende. Dessa mönster var lika över stadsdelarna, men insatsernas omfattning varierade till viss del.

Analyser av förändringen av beviljade insatser givet liknande nivåer av behov över åren 2015 till 2022 visade att sannolikheten att ha beviljats plats på vård- och omsorgsboende minskade med cirka tio procent. Denna minskning sågs även för dem med de största omsorgsbehoven, det vill säga omsorgstagarna med svår/mycket svår kognitiv nedsättning respektive behov av hjälp med samtliga PADL. Minskningen förklaras inte av en förändring av omsorgstagarnas sammansättning vad gäller sociodemografiska faktorer.

Antalet hemtjänsttimmar per månad hade ökat bland omsorgstagare med lägre grad av funktionsnedsättning och minskat för dem med högre grad



Figur 22. Modell som beskriver faktorer som påverkar användandet av insatser från äldreomsorgen. Omarbetad version som utgår från Andersens Behavioral model, 1995.

av funktionsnedsättning. Denna minskning skedde fram till 2020, därefter ökade det genomsnittliga antalet hemtjänsttimmar något, men förblev signifikant lägre än 2015.

Vad påverkar behoven och efterfrågan av insatser?

Även om resultaten i denna rapport visar på tydliga samband mellan bedömda behov och beviljade insatser är det ett flertal andra faktorer som också påverkar vilka insatser en person har, men som inte finns tillgängliga i data. Modellen nedan kan vara till hjälp för förståelsen av samspelet mellan behov och insatser från äldreomsorgen och för att diskutera resultaten i denna rapport.

För att en person ska få insatser från äldreomsorgen krävs, förutom behov, en ansökan om insatser (*efterfrågan*). Om och när en person ansöker om insatser från äldreomsorgen kan påverkas av flera faktorer, som också samspelar. Personens *behov och funktionsförmåga* är viktigt, men förmågan att klara sig självständigt kan också påverkas av den *fysiska och*

sociala omgivningen, som exempelvis bostadens tillgänglighet och tillgång till informell omsorg. Att bo ensam har i tidigare studier visat sig vara relaterat till att mer omfattande insatser beviljats (Meinow m fl 2005). Även denna studie visade att ensamboende personer hade fler hemtjänsttimmar än samboende personer med liknande nivå av behov. För sannolikheten att ha beviljats vård- och omsorgsboende hade det däremot ingen nämnvärd betydelse om man var ensam- eller samboende. En bidragande förklaring till det skulle kunna vara att personer som numera beviljas vård- och omsorgsboende har så pass omfattande omsorgsbehov att en partner, som i många fall också har en hög ålder och begränsad funktionsförmåga, ändå inte förmår att täcka upp.

Individuella faktorer, som ålder, kön, och socioekonomisk position, kan dels ha ett samband med behov av hjälp, dels påverka om ett behov leder till efterfrågan av insatser. Exempelvis löper personer med låg socioekonomisk position en högre risk att ha sämre hälsa och funktionsförmåga jämfört med personer med hög socioekonomisk position (Agahi m fl 2014, Darin-Mattsson m fl 2017). Det speglas i resultatet i denna rapport, då omsorgstagare i en stadsdel med en förhållandevis hög andel invånare med låg inkomst i snitt var yngre jämfört med stadsdelsområden där fler har en hög socioekonomisk position.

Kunskap om vilket stöd som finns att tillgå, hur ansökningen går till, attityder till äldreomsorgen och till att ta emot hjälp kan också påverka benägenheten att ansöka om och ta emot omsorg. Särskilt under pandemin lyftes äldreomsorgens utmaningar och brister frekvent i media (Giritli Nygren m fl 2021), vilket kan haft en påverkan på benägenheten att ansöka om insatser. Vi har tidigare visat att andelen som redan har omfattande omsorgsbehov när de beviljas äldreomsorg för första gången har ökat under åren 2015–2022, vilket skulle kunna tyda på en minskad benägenhet att ansöka om äldreomsorg innan behoven har växt sig stora (Meinow m fl 2024).

Strukturella faktorer, det vill säga äldreomsorgens ekonomiska och organisatoriska förutsättningar, samt lokala riktlinjer och arbetssätt, kan också påverka sambandet mellan behov och beviljad insats. Efter att ansökan inkommit ska biståndshandläggaren göra en bedömning och ta ett beslut om beviljade insatser. Resultaten från våra analyser indikerar att det finns samstämmighet i biståndshandläggarnas bedömningar då det framkommer att det är samma behovsindikatorer som är avgörande. Dock är

det utifrån tillgängliga data inte möjligt att uttala sig om omsorgstagarna beviljades det stöd de behövde. Resultaten visar också att det fanns skillnader mellan stadsdelarna i omfattning av hemtjänst och sannolikheten att ha fått ett beslut om vård- och omsorgsboende givet liknande behov. Förklaringarna till detta kan vara flera, exempelvis att omsorgstagarnas benägenhet att ansöka om insatser skiljer sig åt mellan stadsdelarna. Det kan också bero på skillnader i stadsdelsförvaltningarnas ekonomiska utrymme och lokala rutiner.

Omsorgstagare med beslut om servicehuslägenhet

Vi har valt att titta närmare på de som har beslut om servicehuslägenhet, även om denna grupp 2022 utgjorde endast tre procent av omsorgstagarna. Då det skett en successiv minskning av antal servicehuslägenheter i staden över en längre tidsperiod är det intressant att få en bild av hur omsorgstagare med beslut om servicehuslägenhet skiljer sig från omsorgstagare i ordinärt boende respektive vård- och omsorgsboende. I staden har antalet servicehus minskat från elva 2021, till tio 2022 och antalet lägenheter minskade från 855 lägenheter 2021 till 779 lägenheter 2022. Totalt har antalet lägenheter minskat med 260 sedan 2020 (Stockholms stad 2023, Stockholms stad 2024). Antalet och andelen avslag på ansökningar om servicehus har också ökat över åren.

Våra resultat visar att de med beslut om servicehus till större del har begränsningar i sin rörlighet och i genomsnitt är äldre än personer som bor i ordinärt boende eller vård- och omsorgsboende. Vidare visade analyserna att de som bor i servicehus i genomsnitt har fler timmar hemtjänst än de i ordinärt boende, givet samma behov av hjälp med PADL, ålder och ensam-/samboende. Det kan finnas flera förklaringar till denna skillnad i hemtjänstens omfattning. En förklaring kan vara att omsorgstagare på servicehus har andra behov för vilka indikatorer, exempelvis psykisk ohälsa, missbruksproblematik, inte finns tillgängliga i underlaget för denna rapport.

Något som skiljer servicehus från ordinärt boende är att den enskilde i servicehus inte kan välja utförare, utan erbjuds hemtjänst från utförare i kommunal regi. En annan skillnad är att i region Stockholm har kommunen ansvar för hälso- och sjukvården på servicehus, men inte i ordinärt boende. Om detta på något vis har en påverkan på omfattningen av beviljad

hemtjänst genom att efterfrågan ökar eller att behovet av hemtjänst uppmärksammas i högre grad kan vi inte analysera med data tillgängliga för denna rapport.

Enligt vår kännedom finns ingen samlad kunskap kring betydelsen av att bo på servicehus eller av konsekvenser av nedläggning av servicehus, på samhälls- och individnivå. Det är därför av vikt att följa konsekvenserna av att antalet servicehuslägenheter minskar kontinuerligt.

Förändring över tid

Våra analyser har visat att andelen i befolkningen som börjat med hemtjänst respektive beviljades vård- och omsorgboende minskade mellan 2015 och 2022. Den tillfälliga ökningen 2021 skulle kunna tyda på ett uppskjutet behov från det första pandemiåret 2020. Vad gäller vård- och omsorgsboende påverkades beviljandet sannolikt också av att fler platser än förväntat var tillgängliga under 2021 till följd av en ökad dödlighet 2020. Under 2022 sågs dock en tydlig minskning av andelen som började med hemtjänst respektive beviljades vård- och omsorgsboende. Detta understryker vikten av att fortsätta följa utvecklingen framöver.

I denna rapport har vi även analyserat hur omsorgens omfattning har förändrats över tid för omsorgstagare med liknande nivåer av behov. Resultaten visar att sannolikheten att beviljas vård- och omsorgsboende (i stället för hemtjänst) minskat över tid. Även det genomsnittliga antalet hemtjänsttimmar har minskat för omsorgstagare med omfattande behov, samtidigt som det ökat för de med lägre nivåer av funktionsnedsättning.

Med den tillgängliga datan är det svårt att avgöra vad i resultaten som kan förklaras av förändringar i riktlinjer, exempelvis mindre generösa beslut på grund av ekonomiska åtstramningar, eller av en minskad efterfrågan, exempelvis att färre vill ansöka om plats på vård- och omsorgsboende.

Att fördelningen av äldreomsorg påverkas av förändrade riktlinjer är förväntat med tanke på nedskärningar som skett inom äldreomsorgen och brist på resurser som rapporterats under de senaste åren (Porter 2022). Hur stadsdelsförvaltningar hanterar och omsätter besparingskrav i relation till den lokala befolkningens förhållanden och behov kan vara en förklaring till de skillnader i beviljad omsorg vi ser mellan stadsdelsförvaltningarna.

Viktiga faktorer att ta hänsyn till vid tolkning av resultat

Som vi tidigare beskrivit baseras våra analyser på data innehållande uppgifter om typ och omfattning av insats, sociodemografiska variabler samt en handfull behovsindikatorer. Det finns behovsrelaterade förklaringsfaktorer som saknas i vår data, exempelvis behov av hjälp med serviceinsatser som hushållssysslor, matlagning och handling. Ett annat exempel på information som saknas är om den enskilde upplever ensamhet och isolering, något som särskilt ska beaktas vid beviljande av vård- och omsorgsboende enligt de riktlinjer som finns för biståndshandläggning (Stockholms stad 2021).

Genom att samla in data som täcker flera olika aspekter av behov skulle möjligheten öka att dra tillförlitliga slutsatser om vad som påverkar vilken äldreomsorg som beviljas.

En stor del av biståndshandläggarnas dokumentation av behovsbedömningen sker i skriftlig form som löpande text och är inte lika lättillgänglig för statistiska analyser. Det är också viktigt att notera att även om resultaten visar att det är samma faktorer i stadsdelarna som spelar roll för äldreomsorgens omfattning kan vi inte säga något om de beviljade insatserna och dess omfattning på ett tillfredställande sätt täckt omsorgstagarens behov. Som illustrerats i modellen över faktorer som påverkar användandet av äldreomsorg (figur 22), är det inte heller möjligt att helt förklara insatsernas omfattning enbart baserad på behovsrelaterade faktorer. En rad andra faktorer, som i dag inte fångas eller inte går att fånga i samband med biståndsbedömning, spelar in. Trots lika behov, uttryckt i grad av funktionsnedsättning, kan exempelvis det *upplevda* behovet av hjälp skilja sig åt mellan personer. Det upplevda behovet leder i sin tur inte nödvändigtvis till samma efterfrågan på insatser. Vidare kan det även skilja sig åt i vilken omfattning de efterfrågade insatserna beviljas, exempelvis mellan olika stadsdelar och över tid, vilket också syns i våra resultat.

Vid tolkning av resultaten är det viktigt att ta hänsyn till att data baseras på biståndshandläggarnas bedömningar. Även om förklaringar till de olika svarsalternativen i bedömningsinstrumentet finns i dokumentationssystemet kan det finnas en variation i hur bedömningarna görs. Kategorierna för de olika behovsrelaterade faktorerna är också breda, vilket gör att det kan finnas en variation inom en och samma kategori. Sedan

pandemin görs också en större andel av behovsbedömningarna via telefon i stället för vid fysiska möten, vilket skulle kunna påverka hur de enskildas behov speglas i data.

Tillgång till tillförlitlig och heltäckande data påverkar i hög grad möjligheten att dra slutsatser om vad som påverkar insatser inom äldreomsorgen. Även om analyserna baseras på samtliga individer som beviljats äldreomsorg i Stockholms stad, är bortfallet för vissa variabler stort. Exempelvis saknas information om nordisk respektive utomnordisk härkomst för 37 procent av omsorgstagarna som hade pågående insatser under 2022. Information om informell omsorg saknas för 14 procent. Det finns även en variation i bortfallet mellan stadsdelarna. Frågeställningar gällande om och hur härkomst och informell omsorg påverkar omfattningen av insatser, samt hur detta skiljer sig mellan de olika stadsdelarna blir därför svåra att besvara med befintligt dataunderlag.

Slutsatser

Sammanfattningsvis pekar resultaten på att andelen i befolkningen som börjat med hemtjänst respektive beviljades vård- och omsorgsboende minskat över tid. Vi kan också konstatera att det bland omsorgstagarna skett förändringar över tid i omfattningen av hemtjänst givet olika nivåer av behov. Sannolikheten att beviljas vård- och omsorgsboende har framför allt minskat för omsorgstagare med omfattande omsorgsbehov.

Grad av kognitiv nedsättning och behov av hjälp med personlig omsorg var de viktigaste förklaringsfaktorerna för omfattningen av beviljad äldreomsorg. De viktigaste förklaringsfaktorerna var lika över stadsdelarna, men insatsernas omfattning skilde sig åt givet samma nivå av behov.

I Stockholms stad finns möjligheten att följa äldreomsorgen genom att inhämta data från det sociala dokumentationssystemet, som omfattar alla biståndsbeslut om äldreomsorg. Förutom typ och mängd av beviljad äldreomsorg ingår även ett antal behovsrelaterade indikatorer samt sociodemografiska variabler, systematiskt registrerade av biståndshandläggarna. Annan information dokumenteras i löpande text och är inte tillgängliga för statistiska analyser. Tillgång till tillförlitlig och heltäckande data påverkar i hög grad möjligheten att dra slutsatser om vad som påverkar beviljandet av insatser inom äldreomsorgen. Att reflektera över data och dess resultat hjälper oss att förstå dess betydelse och begränsningar. Det

kan också leda till nya insikter, frågor och förståelse för vad som är viktig att följa systematiskt.

Att bygga kunskap om hur beviljade omsorgsinsatser relaterar till omsorgstagarnas behov och hur detta utvecklas över tid ger viktiga underlag för att följa hur socialtjänstlagen omsätts i praktiken. Kunskapen är avgörande för att utveckla insatser som möter de föränderliga behoven hos den äldre befolkningen och för att föra en informerad diskussion om utformningen och omfattningen av den offentliga äldreomsorgen.

REFERENSER

Agahi N, Shaw BA och Fors S (2014). Social and economic conditions in childhood and the progression of functional health problems from midlife into old age. *Journal of epidemiology and community health* 68(8): 734-740.

Andersen RM (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of health and social behavior*. Mar;36(1):1-10.

Berger EY (1980). A system for rating the severity of senility. *Journal of the American geriatrics society* 28: 234-236.

Darin-Mattsson A, Fors S och Kåreholt I (2017). Different indicators of socioeconomic status and their relative importance as determinants of health in old age. *International journal for equity in health* 16(1): 173.

Giritli Nygren K, Klinga M, Olofsson A och Öhman S (2021). The language of risk and vulnerability in covering the Covid-19 pandemic in Swedish mass media in 2020: Implications for the sustainable management of elderly care. *Sustainability* 13(19): 10533.

Katz S (1983). Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of the American geriatrics society* 31(12): 721-727.

Lagergren M (2017). StockholmSNAC. Rapport från undersökning 2017 av behov och insatser inom äldreomsorgen i Stockholms stad. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Rapport 2017:5.

Meinow B, Goliath I, Wallcook S, Flink M, Siljehag Alencar P, Klinga C, Strehlenert H och von Berens Å (2024). Older people in Sweden increasingly enter eldercare with extensive care needs – A register study of first-time users based on the SNAC Stockholm Eldercare study. *Manus*.

Meinow B, Kåreholt I och Lagergren M (2005). According to need? Predicting the amount of municipal home help allocated to elderly recipients in an urban area of Sweden. *Health and social care in the community* 13(4): 366-377.

Meinow B, Li P, Jasilionis D, Oksuzyan A, Sundberg L, Kelfve S och Wastesson JW (2022). Trends over two decades in life expectancy with complex health problems among older Swedes: implications for the provision of integrated health care and social care. *BMC Public health* 22(1): 759.

Meinow B, von Berens Å och Österman J (2020). StockholmSNAC 2019. En beskrivning av äldreomsorgstagarna och omsorgens omfattning i Stockholms stad 2019. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Rapport 2020:2.

Porter S (2022). Swedish politicians' perspective on civil servants' collaboration, financial resources, and contextual knowledge in eldercare: a qualitative study. *Nordic social work research*: 1-15.

Nationell samordnare för kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre (2021). Vilja välja vård och omsorg. En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre (SOU 2021:52). Socialdepartementet.

Stockholms stad (2009). Metodhandledning. En metodhandledning för biståndshandläggare inom äldreomsorgen i arbetet med kartläggning och bedömning av behov i den dagliga livsföringen.

Stockholms stad (2021). Riktlinjer för handläggning inom socialtjänstens äldreomsorg. Dnr 3.1 268/2020 ÄN.

Stockholms stad (2023). Äldreomsorgens årsrapport 2022. Dnr ALD 2023/22.

Stockholms stad (2024). Så arbetar staden/Äldreomsorg [internet]. [uppdaterad 2024-06-14; citerad 2024-12-05. Hämtad från <https://start.stockholm/om-stockholms-stad/sa-arbetar-staden/alldreomsorg/>

Stockholms stad (2024). Äldreomsorgens årsrapport 2023. Dnr ALD 2024/87.

Sveriges kommuner och regioner (2022). Valfärdens kompetensförsörjning. Personalprognos 2021–2031 och hur välfärden kan möta kompetensutmaningen.

BILAGOR

Bilaga 1. Insamlad data

Tabell 1. Insamlade data från beslutsunderlaget i Sociala dokumentations-systemet (Paraplyet).

KÖN
• Man • Kvinna
BOENDESTATUS
• Samboende make/maka eller annan person • Ensamboende
BOENDEFORM
• Ordinärt boende • Servicehus • Vård- och omsorgsboende
BEVILJAD INSATS
• Antal hemtjänsttimmar per månad • Vård- och omsorgsboende
HÄRKOMST
• Ej svar • Frågan är inte relevant • Norden • Utanför Norden
RÖRELSEHINDER
• Ej svar • Frågan är inte relevant • Inga rörelsehinder • Lätta rörelsehinder: Kan gå utomhus med hjälpmedel käpp, rollator och klarar mindre trappor • Svåra rörelsehinder: Kan röra sig inomhus med hjälpmedel men klarar ej trappor eller förflyttning utomhus, rullstol om personen själv kan manövrera den, själv ta sig i och ur • Mycket svåra rörelsehinder: Beroende av levande stöd och/eller rullstolsburen och ej i stånd att själv manövrera denna eller ta sig i och ur eller sängbunden
ORO/OTRYGGHET
• Ej svar • Frågan är inte relevant • Inga besvär med oro och otrygghet • Lätta eller tillfälliga besvär med oro och otrygghet • Periodvis svåra besvär med oro och otrygghet • Ständigt svåra invalidiserande besvär med oro och otrygghet
NEDSTÄMDHET
• Ej svar • Frågan är inte relevant • Inga besvär med nedstämdhet • Lätta eller tillfälliga besvär med nedstämdhet • Periodvis svåra besvär med nedstämdhet • Ständigt svåra invalidiserande besvär med nedstämdhet

KOGNITIV NEDSÄTTNING

- Ej svar
- Frågan är inte relevant
- Ingen kognitiv nedsättning
- Lätt kognitiv nedsättning, ibland något oklar och förvirrad
- Svår kognitiv nedsättning, ofta oklar och förvirrad
- Mycket svår kognitiv nedsättning, ständigt mycket oklar och förvirrad

PERSONLIGA AKTIVITETER I DAGLIGA LIVET, PADL (1-5)

1. BAD/DUSCH

- Ej svar
- Frågan är inte relevant
- Oberoende = att ta sig själv till handfatet eller i och ur dusch/badkar ev. med hjälp av stödhandtag etc och tvättar sig själv utan hjälp även ryggen och behöver inte någon tillsyn av trygghetsskäl
- Delvis beroende = får tvätthjälp med ryggen
- Beroende = får hjälp att ta sig till tvättplats eller vatten framburet, tillsyn i dusch, hjälp med fötter och/eller underlivet alternativt total hjälp

2. KLÄDSEL

- Ej svar
- Frågan är inte relevant
- Oberoende = hämtar själv kläder, klär på och av sig även ytterkläder, skor och strumpor knutande av skor får undvikas
- Delvis beroende = får hjälp att ta på sig strumpor och ev. att knyta skor
- Beroende = får hjälp att hämta kläder, eller med på/avklädning, eller förblir ofullständigt klädd eller total hjälp

3. TOALETTBESÖK

- Ej svar
- Frågan är inte relevant
- Oberoende = kan själv utan hjälp göra detta, kan själv med stöd av hjälpmedel t ex käpp, gästol, rollator etc
- Delvis beroende = får hjälp att ta sig till toaletten/toalettstol eller med nattkärl
- Beroende = får hjälp/övervakning, kan inte ta sig till toaletten eller använder bäcken, inkontinensskydd eller mobil toalettstol

4. FÖRFLYTTNING

- Ej svar
- Frågan är inte relevant
- Oberoende = kan själv utan hjälp, kan själv med stöd av hjälpmedel t ex käpp, gästol, sängstol etc
- Delvis beroende = får hjälp av en annan person, obs inte två personer
- Beroende = sängbunden, kan eller får inte lämna sängen, eller behöver lyftas av två personer

5. FÖDOINTAG

- Ej svar
- Frågan är inte relevant
- Oberoende = kan själv föra maten in i munnen och sväljer
- Delvis beroende = hjälp med att skära maten, öppna förpackningar
- Beroende = hjälp med att få in maten i munnen, sondmatas eller har näringsdropp

INFORMELL OMSORG (OMVÅRDNAD AV ANNAN PERSON)

- Ej svar
- Frågan är inte relevant
- Aldrig
- Hjälp mindre än en gång i veckan
- Hjälp en eller flera gånger i veckan
- Hjälp dagligen

Sammanfattande grad av funktionsnedsättning (funktionsindex):

Utifrån PADL-variablerna (personliga aktiviteter i det dagliga livet) bad och dusch, på- och avklädning, toalettbesök, förflyttning, födointag samt rörelsehinder och kognitiv nedsättning har det skapats ett summerat index med värden från 0–16. Där noll motsvarar ingen funktionsnedsättning och 16 helt beroende (tabell 2).

De fem PADL-variablerna mäts på en tregradig skala från 0 (oberoende) till 2 (helt beroende). Rörelsehinder och kognitiv nedsättning mäts på en tregradig skala vardera, där 0 indikerar ”inga problem” och 3 ”mycket svåra problem”. För att initialt ge samtliga ingående variabler samma

Tabell 2. Funktionsindex. Sammanfattande grad av funktionsnedsättning utifrån behov av PADL (personliga aktiviteter i det dagliga livet).

Grad av funktionsnedsättning	Index-poäng
Lätt	0–1
Måttlig	>1–6
Hög	>6–11
Mycket Hög	>11–16
Uppgift saknas	Uppgift saknas

vikt har dessa normerats så att samtliga sträcker sig från 0 till 1. Värdet på kognitiv nedsättning multipliceras sedan med två⁴. Summan av de sju ingående variabler (där kognitiv nedsättning viktas dubbelt), ger då noll poäng när ingen funktionsnedsättning föreligger och åtta poäng vid maximal funktionsnedsättning. För att underlätta tolkningen av den lägsta graden av funktionsnedsättning multipliceras poängen slutligen med två. Indexet sträcker sig därmed från 0 till 16. Genom indexet kan man gruppera omsorgstagare med hänsyn till graden av funktionsnedsättning.

⁴ Detta görs för att få överensstämmelse med den så kallade Berger-skalan.

Bilaga 2. Tabeller

Tabell 1. Omsorgstagarna inom äldreomsorgens sammansättning med avseende på demografiska och behovsrelaterade faktorer uppdelat på stadsdel. Stockholms stad, 2022.

	Brom- ma	Enskede- Årsta- Vantör	Farsta	Hägersten- Älvsjö	Hässelby- Vällingby	Järva	Kungs- holmen	Norra inner- staden	Skarp- näck	Skär- hol- men	Söder- malm	Samt- liga
Medianålder	84	84	85	83	84	81	84	84	82	82	83	83
Andel kvinnor (%)	67	68	67	66	65	66	68	69	70	67	68	68
Andel ensamboende (%)	76	79	79	79	76	68	80	79	81	70	80	77
Saknade data	2	3	2	3	3	9	1	2	2	5	2	3
Inkomst kvartil (%)												
0 – ~158 tkr (25%)	19	26	21	20	29	56	17	18	24	46	15	25
~158 – ~203 tkr (50%)	26	28	25	27	29	19	26	25	31	25	22	25
~203 – ~250 tkr (75%)	27	25	26	28	25	18	26	25	23	19	26	25
~250 tkr - ~10 mkr (100%)	28	21	28	25	17	7	31	32	23	10	37	25
Härkomst (%)												
Nordisk	35	65	80	41	55	27	51	57	68	56	60	54
Utom nordisk	5	12	9	6	10	27	6	5	12	27	5	10
Ej svar/ej relevant	60	23	11	53	35	46	43	38	20	17	35	36

	Brom- ma	Enskede- Årsta- Vantör	Farsta	Hägersten- Älvsjö	Hässelby- Vällingby	Järva	Kungs- holmen	Norra inner- staden	Skarp- näck	Skär- hol- men	Söder- malm	Samt- liga
Informell omsorg (%)												
<1 gång/vecka eller aldrig	34	43	44	40	41	37	51	41	53	41	46	42
≥1 gång per vecka	43	42	48	43	44	48	37	47	39	45	40	43
Ej svar/ej relevant	23	16	8	17	15	15	12	12	8	17	14	14
PADL (%)												
Andel (delvis) beroende i minst 1 PADL (%)	60	63	60	60	63	66	64	63	60	65	58	62
Andel beroende i samtliga PADL (%)	15	16	14	14	18	21	18	15	15	14	14	15
Ej svar/ej relevant	7	5	3	5	6	9	3	2	2	6	3	5
Kognitivnedsättning (%)												
Inga/vissa	65	65	69	64	65	66	73	71	75	68	73	69
Påtagliga/mycket svår	16	17	23	16	20	17	16	18	16	17	19	18
Ej svar/ej relevant	19	18	8	20	15	17	11	11	9	15	8	13
Oro/otrygghet (%)												
Inga/lätta besvär	58	59	70	61	60	65	60	66	70	62	66	63
Periodvis/ständigt besvär	16	22	19	17	24	20	19	20	24	21	21	18
Ej svar/ej relevant	26	19	11	22	16	15	21	14	6	6	12	19

	Brom- ma	Enskede- Årsta- Vantör	Farsta	Hägersten- Älvsjö	Hässelby- Vällingby	Järva	Kungs- holmen	Norra inner- staden	Skarp- näck	Skär- hol- men	Söder- malm	Samt- liga
Nedstämdhet (%)												
Inga/lätta besvär	54	56	69	59	58	66	57	67	72	64	66	62
Periodvis/ständigt besvär	14	19	18	14	22	18	15	16	20	17	19	15
Ej svar/ej relevant	32	25	13	27	20	16	28	17	9	20	16	23
Andel med omfattande rörelsehinder (%)												
Inga/lätta	57	53	57	57	52	47	52	52	62	52	55	53
Omfattande	36	41	39	36	42	43	44	44	36	40	41	40
Ej svar/ej relevant	8	6	3	6	6	11	3	3	3	8	4	7
Median grad av funktionsnedsättning	4	4	3,5	3,3	4,3	4,7	4,3	3,7	3,3	4	3	3,7
Saknade data (%)	24	17	9	16	15	13	16	9	6	16	10	14

Tabell 2: Antal personer som började med hemtjänst per åldersgrupp och år. Stockholms stad, 2015–2022.

	Antal som började med hemtjänst		
	65–79 år	80+ år	65+ år
2015	1571	1763	3334
2016	1758	1924	3682
2017	1829	1930	3759
2018	1839	1956	3795
2019	1866	1974	3840
2020	1657	1701	3358
2021	1784	1996	3780
2022	1585	1711	3296

Tabell 3: Antal personer som beviljades vård- och omsorgsboende per åldersgrupp och år. Stockholms stad, 2015–2022

	Antal som beviljades vård- och omsorgsboende		
	65–79 år	80+ år	65+ år
2015	422	1621	2043
2016	553	1942	2495
2017	535	1799	2334
2018	525	1749	2274
2019	534	1734	2268
2020	536	1583	2119
2021	592	1770	2362
2022	520	1410	1930

Tabell 4. Beslut om vård- och omsorgsboende givet olika faktorer, estimerade sannolikheter baserat på logistisk regression (n= 14 754). Stockholms stad, 2022.

	Estimerad sannolikhet ¹	95 % CI ²	P-värde ³
Kognitiv nedsättning och Rörelsehinder			
Ingen kogn. nedsättning och inga/lätta rörelsehinder	0,027	0,020; 0,033	<0,001
Ingen kogn. nedsättning och svåra rörelsehinder	0,048	0,040; 0,057	<0,001
Ingen kogn. nedsättning och mycket svåra rörelsehinder	0,087	0,073; 0,101	<0,001
Lätt kogn. nedsättning och inga/lätta rörelsehinder	0,107	0,093; 0,122	<0,001
Lätt kogn. nedsättning och svåra rörelsehinder	0,111	0,096; 0,125	<0,001
Lätt kogn. nedsättning och mycket svåra rörelsehinder	0,163	0,142; 0,183	<0,001
Svår/mycket svår kogn. nedsättning och inga/lätta rörelsehinder	0,344	0,315; 0,372	Ref.
Svår/mycket svår kogn. nedsättning och svåra rörelsehinder	0,283	0,249; 0,318	0,007
Svår/mycket svår kogn. nedsättning och mycket svåra rörelsehinder	0,288	0,250; 0,325	0,021
Antal PADL⁴ en person behöver hjälp med			
0	0,049	0,041;0,057	0,001
1	0,062	0,051;0,073	<0,001
2	0,096	0,083;0,109	<0,001
3	0,113	0,098;0,123	<0,001
4	0,158	0,144; 0,171	<0,001
5	0,212	0,195;0,229	Ref.
Otrygghet			
Inga/lätta el. tillfälliga besvär	0,102	0,096;0,108	<0,001
Periodvis/ständigt svåra invalidiserande besvär	0,188	0,174;0,203	<0,001
Ej svar	0,086	0,070;0,102	Ref.
Nedstämdhet			
Inga/lätta el. tillfälliga besvär	0,119	0,113; 0,125	0,694
Periodvis/ständigt svåra invalidiserande besvär	0,122	0,111;0,133	Ref.
Ej svar	0,123	0,108;0,139	0,906

	Estimerad sannolikhet ¹	95 % CI ²	P-värde ³
Ålder			
65–84 år	0,103	0,097; 0,109	<0,001
85+ år	0,140	0,133;0,147	Ref.
Kön			
Män	0,125	0,117;0,132	0,210
Kvinnor	0,118	0,113;0,124	Ref.
Ensam-/samboende			
Samboende	0,111	0,102;0,120	0,015
Ensamboende	0,124	0,119;0,130	Ref.
Härkomst			
Utomnordisk	0,083	0,070;0,097	<0,001
Nordisk	0,126	0,120;0,132	Ref.
ej svar	0,122	0,115;0,130	0,484
Inkomst			
Kvartil 1 (lägst)	0,107	0,098;0,115	Ref.
Kvartil 2	0,122	0,113; 0,132	0,016
Kvartil 3	0,126	0,117; 0,135	0,003
Kvartil 4	0,127	0,118; 0,137	0,002
Informell omsorg			
<1 gång/vecka eller aldrig	0,117	0,110;0,125	
≥ 1 gång/vecka	0,120	0,114;0,126	
Ej svar	0,140	0,122;0,158	<0.001

Mc Fadden's Adj R²: 0,331.

¹ Predictive Margins: Koefficienterna kan tolkas på följande sätt: Den estimerade sannolikheten att ha fått ett beslut om vård- och omsorgsboende var 21,2% för personer som var beroende av stöd med samtliga PADL och tillhörde referenskategorin i övriga variabler. I analyserna har också tagits hänsyn till skillnader mellan stadsdelsförvaltningarna.

² 95% Konfidensintervall

³ P-värde för skillnaden mellan en kategori och referenskategorin (baserad på average marginal effects (AME)).

⁴ Personliga aktiviteter i dagligt liv (födointag, klädsel, förflyttning, toalettbesök, dusch)

Tabell 5. Antal personer som beviljades vård – och omsorgsboende respektive hemtjänst per stadsdelsområde. Stockholms stad, 2022.

	Beslut om		
	Hemtjänst ¹	Vård- och omsorgsboende	Summa
Bromma	1284	102	1386
Enskede-Årsta-Vantör	1401	210	1611
Farsta	1117	199	1316
Hägersten-Älvsjö	1566	258	1824
Hässelby-Vällingby	1291	155	1446
Järva	1187	90	1277
Kungsholmen	1058	135	1193
Norra innerstaden	2527	328	2855
Skarpnäck	688	100	788
Skärholmen	665	59	724
Södermalm	2419	298	2717
Summa	15 203	1934	17 137

¹ Ej beslut om vård- och omsorgsboende under 2022.

Tabell 6. Beslut om vård- och omsorgsboende, estimerade sannolikheter baserat på logistisk regression (n= 14 753). Stockholms stad, 2022.

	Estimerad sannolikhet ²	95 % CI ³	P-värde ⁴
Bromma	0,096	0,080;0,112	0,031
Enskede-Årsta-Vantör	0,130	0,115; 0,144	0,216
Farsta	0,156	0,139;0,173	<0,001
Hägersten-Älvsjö	0,155	0,140;0,170	<0,001
Hässelby-Vällingby	0,102	0,088;0,116	<0,087
Järva	0,073	0,060;0,086	<0,001
Kungsholmen	0,123	0,106;0,140	0,632
Norra innerstaden	0,125	0,114;0,135	0,397
Skarpnäck	0,126	0,105;0,147	0,502
Skärholmen	0,105	0,083;0,128	0,329
Södermalm ¹	0,118	0,106;0,129	Ref.

Mc Fadden's Adj R²: 0,331.

¹ I en jämförelse av stadsdelsförvaltningarna vad gäller sannolikheten att ha beviljats vård och omsorgsboende ligger Södermalm i mitten och används som referenskategori, dvs. alla stadsdelsförvaltningar jämförs med Södermalm.

² Predictive margins: Koefficienterna kan tolkas på följande sätt: Den estimerade sannolikheten att ha fått ett beslut om vård- och omsorgsboende var 11,8% för omsorgstagare på Södermalm och som tillhör referenskategorin i övriga variabler som tagits hänsyn till: ålder, ADL-beroende, kognitiv nedsättning, oro/otrygghet, nedstämdhet, ensam-/samboende, härkomst och tillgång till informell hjälp. Koefficienterna i fet stil skiljer sig signifikant från stadsdelen Södermalm som är referenskategorin.

³ 95% Konfidensintervall

⁴ P-värde för skillnaden mellan en kategori och referenskategorin (baserad på average marginal effects (AME)).

Tabell 7. Estimerad sannolikhet att ha fått ett beslut om vård- och omsorgsboende, Stockholms stad 2015–2022.

	År	Estimerad sannolikhet ²	95 % CI ³	P-värde ⁴	P-värde ⁴
Behöver hjälp med 4–5 PADL¹					
	2015	0,203	0,195;0,211	Ref.	<0,001
	2016	0,224	0,216; 0,232	<0,001	Ref.
	2017	0,214	0,206;0,222	0,025	0,029
	2018	0,201	0,199; 0,214	0,452	<0,001
	2019	0,201	0,199;0,215	0,413	<0,001
	2020	0,193	0,186;0,200	0,035	<0,001
	2021	0,210	0,202;0,217	0,172	0,002
	2022	0,193	0,185;0,201	0,039	<0,001
Svår/mycket svår kognitiv nedsättning					
	2015	0,337	0,326;0,348	Ref.	<0,001
	2016	0,368	0,357;0,379	<0,001	Ref.
	2017	0,355	0,344;0,366	0,008	0,053
	2018	0,345	0,334; 0,356	0,262	<0,001
	2019	0,345	0,334; 0,356	0,218	0,001
	2020	0,325	0,314;0,336	0,084	<0,001
	2021	0,349	0,338; 0,360	0,086	0,005
	2022	0,325	0,313;0,336	0,085	<0,001
Samtliga omsorgstagare					
	2015	0,130	0,126;0,134	Ref.	<0,001
	2016	0,144	0,139; 0,148	<0,001	Ref.
	2017	0,137	0,133; 0,141	0,025	<0,001
	2018	0,132	0,128; 0,137	0,452	<0,001
	2019	0,133	0,128; 0,137	0,413	<0,001
	2020	0,124	0,120; 0,128	0,035	<0,001
	2021	0,134	0,130; 0,138	0,172	0,002
	2022	0,124	0,119; 0,128	0,039	<0,001

¹ Personliga aktiviteter i dagligt liv (födointag, klädsel, förflyttning, toalettbesök, dusch)

² Predictive margins: Koefficienterna kan tolkas på följande sätt: Den estimerade sannolikheten att ha fått ett beslut om vård- och omsorgsboende var år 2022 19,3% för omsorgstagare med behov av stöd med 4–5 PADL och som tillhörde referenskategori i resterande variabler som tagits hänsyn till: ålder, kognitiv nedsättning och rörelsehinder, oro/otrygghet, nedstämdhet, ensam-/samboende, härkomst och tillgång till informell hjälp.

³ 95% Konfidensintervall

⁴ P-värde för skillnaden mellan en kategori och referenskategori (baserad på average marginal effects (AME)).

Tabell 8. Estimerade medelvärden för antal hemtjänsttimmar per månad (n= 14 521). Stockholms stad, 2022.

	Estimerat antal timmar/månad*	95% CI		P-värde**
Åldersgrupp				
65-84 år	36	35;	37	<0,001
85+	41	40;	41	Ref.
Kön				
Kvinna	38	37;	39	Ref.
Man	38	38;	39	0,767
Boendeform				
Samboende	29	28;	30	<0,001
Ensamboende	41	41;	42	Ref.
Informell omsorg				
<1 gång/vecka eller aldrig	39	39;	40	Ref.
≥1 gång per vecka	37	36;	38	<0,001
Ej svar	38	36;	39	0,065
Inkomstkvartil;				
Q1	39	38;	39	Ref.
Q2	37	37;	38	0,046
Q3	37	37;	38	0,046
Q4	39	38;	40	0,801
Härkomst				
Född utanför Norden	42	41;	43	Ref.
Född i Norden	38	38;	39	<0,001
Ej svar	37	36;	37	<0,001
Kognitiv nedsättning och rörelsehinder				
Ingen kognitiv nedsättning, inga/lätta rörelsehinder	27	26;	28	Ref.
Ingen kognitiv nedsättning, svåra rörelsehinder	35	34;	36	<0,001
Ingen kognitiv nedsättning, mkt svåra rörelsehinder	47	45;	48	<0,001
Lätt kognitiv nedsättning, inga/lätta rörelsehinder	40	39;	42	<0,001
Lätt kognitiv nedsättning, svåra rörelsehinder	41	40;	42	<0,001
Lätt kognitiv nedsättning, mycket svåra rörelsehinder	51	49;	53	<0,001
Svår/mkt svår kognitiv nedsättning, inga/lätta rörelse- hinder	46	44;	48	<0,001
Svår/mycket svår kognitiv nedsättning, svåra rörelse- hinder	43	41;	45	<0,001
Svår/mycket svår kognitiv nedsättning, mycket svåra rörelsehinder	53	50;	55	<0,001
Ej svar	36	34;	38	<0,001

	Estimerat antal timmar/månad*	95% CI		P-värde**
Antal PADL en person är i behov av hjälp med				
0	17	16;	17	Ref.
1	29	28;	30	<0,001
2	43	42;	44	<0,001
3	51	50;	53	<0,001
4	61	59;	62	<0,001
5	70	68;	72	<0,001
Oro				
Inga/lätta besvär	38	38;	39	Ref.
Periodvis/ständigt svåra invalidiserande besvär	40	39;	41	0,009
Ej svar	35	33;	36	<0,001
Nedstämdhet				
Inga/lätta tillfälliga besvär	38	37;	38	Ref.
Periodvis/ständigt svåra besvär	40	39;	41	0,003
Ej svar	37	35;	38	0,246
Stadsdelsförvaltning				
Bromma	38	36;	39	Ref.
Enskede-Årsta-Vantör	39	38;	41	0,143
Farsta	38	36;	39	0,894
Hägersten-Älvsjö	42	40;	43	<0,001
Hässelby-Vällingby	35	34;	37	0,03
Järva	31	30;	32	<0,001
Kungsholmen	36	34;	37	0,063
Norra innerstaden	41	40;	42	0,002
Skarpnäck	39	38;	41	0,177
Skärholmen	36	34;	38	0,237
Södermalm	40	39;	41	0,033
Boendeform				
Ordinärt boende	38	37;	38	Ref.
Servicehus	42	40;	43	<0,001

*Estimerat antal hemtjänsttimmar per månad är baserat på marginaleffekter baserade på regressionsmodeller och kan tolkas som ett "uppskattat medelvärde".

**P-värde för skillnaden mellan en kategori och referenskategori (baserat på average marginal effects).

CI= konfidensintervall

Tabell 9. Estimerade antal timmar per månad per antal PADL och boendeform (n= 14 521). Estimering gäller samtliga faktorerers referens kategorier (se tabell 1). Stockholms stad, 2022.

Antal PADL	Ordinärt boende		Servicehus			P-värde**
	Estimerat antal timmar/månad*	95% CI	Estimerat antal timmar/månad ^a	95% CI		
0	16	16; 17	18	17; 19		<0.001
1	29	28; 30	32	31; 34		<0.001
2	43	41; 44	47	45; 49		<0.001
3	51	50; 52	56	54; 59		<0.001
4	60	59; 62	66	64; 70		<0.001
5	70	68; 72	77	74; 80		<0.001

*Estimerat antal hemtjänsttimmar per månad är baserat på marginaleffekter baserade på regressionsmodeller och kan tolkas som ett "uppskattat medelvärde".

**P-värde för skillnaden i estimerat antal timmar (baserat på average marginal effects) mellan ordinärt boende och servicehus vid respektive ADLantal. CI= konfidensintervall

Tabell 10. Estimerade antal timmar per månad per grad av funktionsnedsättning och år (n= 121 465). Estimering gäller samtliga faktorerers referens kategorier (se tabell 8). Stockholms stad, 2015–2022.

Grad av funktionsnedsättning	År	Estimerat antal timmar/månad*	95% CI	P-värde**
Ingen/lätt	2015	10	9; 10	Ref.
	2016	10	10; 11	0,013
	2017	11	11; 12	<0,001
	2018	12	11; 12	<0,001
	2019	12	12; 12	<0,001
	2020	13	12; 13	<0,001
	2021	13	13; 14	<0,001
	2022	15	15; 16	<0,001
Måttlig	2015	30	30; 31	Ref.
	2016	31	30; 31	0,016
	2017	31	31; 32	0,001
	2018	32	32; 33	<0,001
	2019	33	32; 33	<0,001
	2020	34	33; 34	<0,001
	2021	36	35; 36	<0,001
	2022	38	37; 39	<0,001

Grad av funktionsnedsättning	År	Estimerat antal timmar/månad*	95% CI		P-värde**
Hög	2015	75	73;	76	Ref.
	2016	72	71;	73	<0,001
	2017	71	70;	72	<0,001
	2018	69	68;	71	<0,001
	2019	68	67;	69	<0,001
	2020	68	67;	69	<0,001
	2021	70	69;	71	<0,001
	2022	72	71;	73	0,003
Mkt hög	2015	105	102;	108	Ref.
	2016	101	98;	104	0,008
	2017	97	94;	100	<0,001
	2018	96	94;	98	<0,001
	2019	92	90;	95	<0,001
	2020	90	88;	93	<0,001
	2021	93	90;	95	<0,001
	2022	93	91;	96	<0,001

*Estimerat antal hemtjänsttimmar per månad är baserat på marginaleffekter baserade på generaliserade skattningsekvationer och kan tolkas som ett "uppskattat medelvärde".

**P-värde för skillnaden mellan en kategori och referenskategori (baserat på average marginal effects).

CI= konfidensintervall

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum har återkommande undersökt omsorgstagarna och äldreomsorgens omfattning i Stockholms stad, med utgångspunkt i data från stadens sociala dokumentationssystem (Paraplysystemet). Studien omfattar samtliga personer 65 år eller äldre med beslut om insatser från äldreomsorgen i Stockholms stad under åren 2015–2022.

Resultaten visar att år 2022 var 13 procent av befolkningen som är 65 år och äldre i Stockholms kommun beviljade insatser från äldreomsorgen. Av dessa hade tre fjärdedelar insatser från hemtjänst, en fjärdedel hade beslut om vård- och omsorgsboende och tre procent bodde på servicehus. Under perioden 2015 till 2022 minskade antalet personer som började med insatser från hemtjänsten eller fick beslut om vård- och omsorgsboende, både i absoluta tal och i relation till befolkningens storlek.

Störst betydelse för hemtjänstens omfattning och för sannolikheten att ha fått beslut om vård- och omsorgsboende, hade antalet PADL (personliga aktiviteter i det dagliga livet) som omsorgstagare behövde stöd med, samt graden av kognitiv nedsättning. Trots att svår kognitiv nedsättning och omfattande behov av stöd med PADL var starkast relaterat till beviljandet av vård- och omsorgsboende, hade majoriteten av omsorgstagarna med omfattande omsorgsbehov hemtjänst i ordinärt boende.

Åren 2015–2022 minskade sannolikheten att beviljas plats på vård- och omsorgsboende med cirka tio procent, även för de med de största omsorgsbehoven. Antal hemtjänsttimmar som beviljats givet liknande nivåer av behov över åren 2015–2022, ökade för omsorgstagare med lägre grad av funktionsnedsättning och minskade för omsorgstagare med högre grad av funktionsnedsättning.

